

Position paper Red de GGZ 22-2-23

Hervorm de GGZ, maar gooi niet het kind met het badwater weg!

Rondetafelgesprek vaste Kamercommissie VWS over de stijging van het aantal mensen met een psychische stoornis.

Wat de oorzaak is van de toename van psychische aandoeningen, valt niet te zeggen. Wél weten we dat genezing van complexe psychische problematiek mogelijk is; door onze ervaringen als cliënt of behandelaar, en door wetenschappelijk onderzoek. Dit behandelen gebeurt in de intensieve SGGZ, die onder de huidige financiering aan het verdwijnen is. Terwijl wij achter (herstelgerichte) hervormingen van de GGZ staan, pleiten wij voor het behoud van effectieve behandelingen als cruciaal element hiervan, en voor een acute aanpak van de wachtlijsten in de SGGZ op dit moment. De wachtlijsten zijn hier het langst en de ernst van het lijden het grootst, wat tezamen hoge maatschappelijke kosten met zich meebrengt. De aanpak van deze wachtlijsten kan daarom niet wachten op hervorming van de hele GGZ. Uiteindelijk besparen we hier leed en geld mee.

1. Wat valt wel en niet onder de ggz, en wat zou er wel en niet onder moeten vallen?

Deze vraag betreft de herinrichting van de GGZ. Wij kunnen ons vinden in goed onderzochte (herstelgerichte) hervormingen, maar zien intussen *reeds bestaande effectieve zorg* verdwijnen. Deze zorg moet blijven bestaan. Tijdens dit schrijven bereiken ons [nieuwe berichten](#) van sluiting van schaarse specialistische behandelplekken waar al enorme wachttijden voor zijn. Dit zijn geen behandelinhoudelijke hervormingen, het is uit financiële nood. Bovenregionale, hoogspecialistische behandelingen, zoals klinische psychotherapie voor persoonlijkheids- of eetstoornissen, gaan nu ten onder als gevolg van te lage budgetplafonds. De onderliggende oorzaak is een systeemfout in het model van risicoverevening. VWS vangt de financiële risico's van zorgverzekeraars op met belastinggeld, om risicoselectie tegen te gaan, in de vorm van het zogeheten risicovereveningsfonds. Voor de GGZ werkt dat fonds helaas niet zoals voor de somatische zorg, waardoor [zorgverzekeraars hun financiële risico's](#) afwentelen op GGZ-instellingen en te lage budgetplafonds vaststellen. GGZ-instellingen stoten vervolgens mensen met complexe problematiek af, die intensievere, duurdere zorg behoeven. Bij overschrijding van het plafond mag een behandeling aan patiënten immers terecht niet zomaar worden afgebroken. Deze dynamiek verklaart de recente sluiting van een serie hoog specialistische klinieken. Conclusie: om het aantal mensen met complexe psychische stoornissen te verminderen, zullen deze mensen een effectieve behandeling moeten krijgen, en daarom moeten deze behandelingen blijven bestaan.

2. In hoeverre is er in de GGZ sprake van een lerende cultuur, van ontschotting en van samenwerking?

Wij hebben onze eigen behandel- en werkplekken ervaren als plaatsen waar een lerende cultuur is, of was, en professionals in teamverband toegewijd werken aan voortdurende verbetering

van het behandelaanbod. Daarnaast worden er eisen gesteld aan GGZ-professionals: zonder de vereiste opleiding en doorlopende nascholing vervalt de BIG/ kwaliteitsregistratie, nodig om het vak uit te mogen oefenen.

De GGZ loopt zelfs ver vóór op andere medische specialismen in de ontwikkeling van [kwaliteitsstandaarden](#). Verscheidene hoogspecialistische klinieken opereren onder een [TOPGGZ-label](#), dat eisen stelt aan expertise, patiëntenzorg, onderwijs bieden en het doen van wetenschappelijk onderzoek. Wel kunnen kennisuitwisseling en samenwerking verbeteren, binnen de GGZ en met de netwerkpartners erbuiten. Er is veel behoefte aan ontschotten en samenwerken. Hiervoor is het echter noodzakelijk dat: 1) (Hoog) specialistische expertise blijft bestaan, en 2) professionals hier voldoende ruimte voor krijgen, en hun werk niet in de overlevingsstand hoeven te doen vanwege extreme productiedruk en voortdurende reorganisaties/ krimp uit geldnood.

Conclusie: om te kunnen blijven leren en kennis te verspreiden, dienen effectieve (hoog)specialistische behandelingen te blijven bestaan en ruimte te krijgen voor kennisuitwisseling en vernieuwing.

3. Hoe kan de stijging van mensen met een psychische stoornis worden verklaard?

Wat de oorzaak is van de door Trimbos, grotendeels tijdens de coronapandemie, gevonden plotse stijging, valt niet te zeggen: dit is niet onderzocht. In het algemeen weten wij dat armoede, uitsluiting, grote sociaal-economische ongelijkheid en onveiligheid een rol spelen bij het ontstaan van psychische problemen. Mogelijke verklaringen zijn de coronapandemie, misstanden in de (jeugd)zorg waaronder ook naasten lijden, onveiligheid in de wereld (oorlog, klimaatproblemen) of geldzorgen (recessie, woningtekort, studentenleenstelsel).

Ondanks de toename van psychische aandoeningen onder inmiddels [3,3 miljoen Nederlanders](#), lost het leeuwendeel, 80%, zijn problemen zelf op. Logisch, want niet iedereen lijdt even ernstig. Volgens Trimbos leiden psychische aandoeningen bij jaarlijks 8% van de volwassenen (± 900.000) tot disfunctioneren op gebied van werk, gezin of zelfzorg. Een nóg kleiner aantal, zo'n 538.000 volwassenen, ontvangt specialistische ggz behandeling. Dit aantal daalde de afgelopen 10 jaar met bijna 25%! Populair gezegd: de meeste mensen ziekten een griep uit en zoeken steun in eigen kring, en dat gebeurt ook bij mentale klachten na verlies van werk of partner. Pas bij disfunctioneren zoeken mensen hulp. Juist voor de groep die ernstig lijdt en behandeling behoeft is er door onderfinanciering steeds minder plek, zo stelde de [Algemene Rekenkamer](#) al in 2020. En dat, terwijl behandeling van psychische aandoeningen niet alleen een grondrecht is, maar juist ook geld óplevert. [Depressie- en angstbehandelingen zijn zelfs kosteneffectiever](#) dan welke medische behandeling dan ook: iedere behandeluro betaalt zich 2,5 a 5,7 keer uit aan herwonnen arbeidsproductiviteit en verminderde zorgkosten. Het effect op naasten is daar niet eens in meegenomen. Het wachttijdenprobleem kost de maatschappij dus bakken met geld. Conclusie: ondanks de

stijging van psychische aandoeningen in de maatschappij is het aantal mensen dat behandeld wordt juist gedaald. Mensen die wél worden doorverwezen lijden ernstig en behoeven een effectieve behandeling, die zichzelf later ruimschoots terugbetaalt. Door onderfinanciering ontstaan er echter buitensporig lange wachtlijsten waardoor tijdige hulp uitblijft.

4. Hoe kan een verdere stijging van het aantal mensen met een psychische stoornis in de toekomst worden voorkomen?

Aanvullend onderzoek van het Trimbos-instituut naar sociale en economische stressfactoren bij de steekproefgroep kan hier antwoord op geven. Armoede en uitsluiting hangen bewezen samen met psychische ongezondheid. We pleiten dan ook voor aanpak hiervan, van investering in onderwijs en woningbouw en toegankelijke aanpak van schulden. Dit zal pas op termijn van jaren effect hebben. Wat wél direct effectief is: zorg voor toegankelijke behandeling voor mensen met een psychische aandoening. Pak de systeemfout in de risicoverevening per direct aan, zoals minister [Bruno Bruins al in 2018 voorstelde](#). Dit voorkomt een chronisch beloop en verkleint het risico op psychische klachten bij de andere gezinsleden (kinderen, partner).

5. Zijn er alternatieven voor de DSM, en zo ja, welke?

DSM-classificatie is géén diagnose, staat er zelfs in het voorwoord van de DSM. GGZ professionals zijn geschoold in het doen van diagnostiek, zie de [Richtlijn Psychiatrische Diagnostiek](#), waarin uitgebreid wordt ingegaan op o.a. het belang van contact, afnemen van een anamnese, het levensverhaal, betrekken van naasten, lichamelijk onderzoek. De rol van de DSM is "platgedrukt" door het in te zetten ter bepaling van de behandelprijs. Daar is het niet voor bedoeld. Er bestaan nog meer classificatiesystemen, bijvoorbeeld de ICD 10, allemaal met hun eigen voor- en nadelen. Voor patiënten is respectvolle en professionele bejegening en effectieve behandeling van hun lijden het enige dat telt, een classificatiesysteem is een hulpmiddel.

6. Hoe leren we voor de toekomst van elkaar om anders om te gaan met psychische klachten, en wat is de rol van preventie daarin?

Behandelingen van psychische aandoeningen zijn inmiddels [even effectief](#) als van lichamelijke. Toch is er al jaren sprake van [structurele óverschrijding](#) van het door VWS gereserveerde budget voor ziekenhuiszorg, en hielden zorgverzekeraars van het ggz-macrobudget sinds 2012 jaarlijks zo'n [10% over](#). Dit terwijl het aantal wachtenden sterk toenam. Met het overgebleven geld verlaagden de zorgverzekeraars de zorgpremie. Leuk als je niks mankeert, een ramp als je een psychische aandoening ontwikkelt, je klachten verergeren op een wachtlijst, je je baan en huis verliest en je gezin enorme stress ervaart. Terwijl je klachten goed behandelbaar zijn! Het aantal wachtenden is inmiddels gegroeid naar 80.000. Sinds 2009 nam het aantal dat langer wacht dan de maximumnorm van 3,5 maand zelfs toe van [17.000 naar 41.000](#). We kunnen het ons gezien de krappe arbeidsmarkt niet permitteren om 80.000 machinisten, verpleegkundigen, onderwijzers en bouwvakkers maanden, soms jarenlang te laten verpieteren op een wachtlijst. De transitie van de Jeugdzorg wordt breed erkend als een mislukking.

Toch dreigen dezelfde fouten nu opnieuw te worden gemaakt: het IZA rekent zich alvast rijk met overhaaste hervormingen, op ideologie gestoeld en nauwelijks onderzocht. Stop de ongelijke financiering van behandeling van psychische aandoeningen, dat voorkomt maatschappelijke teloorlogang en een chronisch beloop. Aanpak van armoede en uitsluiting is de beste preventie. Leer als overheid van de Jeugdzorg en voer ggz-hervormingen pas in na grondig onderzoek.

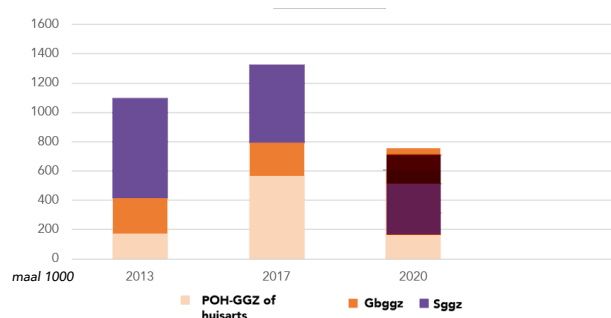
Kaders en infographics

Wie zijn Red de GGZ?

Actiegroep Red de GGZ bestaat uit patiënten, verpleegkundigen, psychologen en psychiaters. Wij vonden elkaar naar aanleiding van de sluiting van een serie hoogspecialistische klinieken vorig jaar. Sindsdien maken we ons sterk voor de toegankelijkheid van psychiatrische behandeling. [Pointer](#) maakte een documentaire over ons, waarin o.a. Manouk vertelt hoe ze haar leven en studie weer kon oppakken na behandeling van de gevolgen van misbruik, waardoor ze niet meer kon lopen. Zie ook www.reddeggz.nl

Wat is GGZ? Hoeveel mensen worden er behandeld?

"GGZ" is een containerbegrip. Het staat voor drie onderdelen. De specialistische ggz (psychiatrie) behandelt ernstige en meervoudige psychiatrische aandoeningen (bijvoorbeeld een kliniek voor anorexia, of poliklinische behandeling van een combinatie van verslaving, depressie en de sporen van trauma in de persoonlijkheid). De generalistische ggz (gbbggz) behandelt kortdurend poliklinisch of online enkelvoudige aandoeningen (bijv. psychologische behandeling van een paniekstoornis, of van PTSS na een beroving). Sinds 2012 wordt ook psychische ondersteuning in de huisartsenpraktijk tot de ggz gerekend. Het gaat hier om hulp door de POH-ggz, de praktijkondersteuner. Deze toevoeging leidde tot een schijnbare stijging van het aantal volwassenen behandeld in "de ggz". Er is echter een forse daling te zien van het aantal volwassenen behandeld in de psychiatrie (sggz) (zie staafdiagram). De aantallen van de verschillende ggz-sectoren worden ten onrechte vaak bij elkaar opgeteld om het totaal aantal ggz patiënten te bepalen. Maar dit levert dubbel- en driedubbeltellingen op: iemand behandeld in de sggz, werd meestal daarvoor al begeleid door de POH-ggz en regelmatig ook behandeld in de gbbggz. Een realistischer schatting is dat zo'n 750.000 volwassenen jaarlijks gebruik maken van een vorm van ggz.



Jaartal:	2013	2017	2020
POH GGZ (huisarts):	174,3	566,5	609,9
Gbbggz	241,3	226,7	241,4
Sggz	681,5	531,7	538,7

Bron: Vektis

maal 1000