

Medicalisering en markt zijn de oorzaken van het lange wachten

Gee de Wilde, 30 mei 2022

Er is niet één oorzaak aan te wijzen voor de lange wachttijden in de ggz. Ook geen twee of drie. Toegenomen vraag om hulp door individualisering of vereenzaming, tekort aan hulpverleners, overdadige bureaucratie; verkaveling van de zorg in hokjes, specialismen, echelons, financieringsstromen en wettelijke kaders. Allemaal waar. Maar wat is daarvan dan weer de oorzaak? En is er wat aan te doen?

Ja. Heel snel al. Maar als we er over een paar jaar niet weer in willen verdrinken moeten we ook de dieperliggende oorzaken aanpakken.

Ziek is het woord niet

Om met die diepere laag te beginnen. De voornaamste redenen waarom we kopje-onder gaan in de zorg aan mensen die om psychische hulp en ondersteuning vragen, zijn gelegen in de steeds dieper gewortelde overtuiging in de samenleving dat het om gezondheidszorg gaat. We zien dat terug in het taalgebruik: psychisch ziek, angststoornis, psychische aandoeningen, mentale gezondheid, diagnose.

Die overtuiging is relatief nieuw. Sinds de jaren tachtig proberen wetenschappers, hulpverleners en vertegenwoordigers van patiënten- en familieorganisaties de wereld ervan te overtuigen dat psychisch leed iets 'gewoons' is waar we iets aan kunnen doen. We moeten raren en gekken niet meer stigmatiseren, maar serieus nemen, en helpen. 'Het kan iedereen overkomen' is sindsdien het adagium. Dat uit zich in de torenhoge percentages waarmee geschermd wordt om aan te geven dat depressies, angsten en ander leed geen uitzondering zijn. Ondanks dat het woord 'stoornis' inmiddels in campagnes wordt vermeden, zijn 'aandoeningen' aan inflatie onderhevig. Jongeren zijn depressief en hebben adhd, angst- en eetstoornissen, werkenden zitten in een burn-out, ouderen zijn eenzaam of verslaafd. Het is belangrijk dat serieus te nemen, en daar hulp bij te zoeken.

So far so good. Als die hulp in de naaste omgeving wordt gezocht, bij vrienden, vertrouwelingen, collega's of burens, kan een hoop escalatie worden voorkomen: 'Praat erover'. Helaas wordt vanaf het begin psychisch onbehagen in het gezondheidszorgsysteem gestopt. Onder het motto 'met een lichamelijke klacht ga je toch ook naar de dokter', wordt een groot deel van de bevolking aangeraden met de huisarts contact op te nemen. Niets ten nadele van de meeste huisartsen, maar ze zijn wel de poortwachters van het gezondheidszorgsysteem met z'n diagnoses en verwijzingen.

Het gangbare idee om deze enorme toestroom te bedwingen is de overtuiging dat *'preventie helpt'*. Wanneer we er maar vroeg genoeg bij zijn, op scholen, in bedrijven, in buurten, dan kunnen we escalatie van psychisch leed voorkomen.

Maar hier is iets paradoxaals aan de hand. Juist de vroegtijdige confrontatie met *'iedereen kan zo'n aandoening krijgen, en er is in een vroeg stadium iets aan te doen'*, werkt medicalisering in de hand. Want iemand die langere tijd neerslachtigheid, rouw of angst voelt, krijgt een ziekte-label mee.

Moet je dan maar niks doen aan voorlichting en bevordering van psychisch welbevinden? Zeker wel. Allerlei acties op scholen en bedrijven die jongeren en werkers beter doen voelen, weerbaarder maken, zelfbewuster, 'gezien', zijn een zegen (Vgl. *Thrive Amsterdam*). Zolang

het geen voorportaal van de ggz is. Mentaal welbevinden of welzijn zijn daarom betere termen dan mentale gezondheid.

Bij het scheiden van de markt

Terug naar de huisarts en het gezondheidszorgsysteem. Of nee, terug naar de AWBZ. Tot en met 2005 werd het grootste deel van de psychische zorg uit deze wet betaald, en werden aanbieders (meestal particulier initiatief) gebudgetteerd door zorgkantoren, die de belasting- en premiegelden beheerden. In dat jaar kwam een groot deel van de ggz in het basispakket van de zorgverzekeringswet. Aanbieders konden declareren, instellingen gingen productie draaien tegen vooraf vastgestelde tarieven. Tarieven die bestonden uit behandel eenheden, gekoppeld aan diagnoses en *evidence based* behandelingen op basis van richtlijnen.

Zachte boter in het kwadraat.

‘De makers van moderne classificatieschema’s als de DSM IV geven duidelijk aan dat hun diagnostische categorieën niet als valide moeten worden beschouwd’, schreef Jim van Os al in 2003. Ze zijn niet valide als basis voor een behandeling. Een behandeling die bestaat uit een onvoorspelbare combinatie van praten en pillen, van opsluiten en dwang, van luisteren en niet-luisteren, van leven en niet-leven. Met onvoorspelbare uitkomsten.

Niks nieuws, zult u zeggen, dit falen wordt inmiddels breed erkend. Maar ons ggz-gezondheidssysteem is niet in overeenstemming met deze veranderde inzichten gebracht. Zowel de inrichting van het ggz-bouwwerk als de manier waarop dit wordt gefinancierd verloopt nog steeds langs diagnostische categorieën en vermeende specialismen, en bijpassende productfinanciering.

Hier ligt op korte en langere termijn wel een basis van oplossingen. Op korte termijn kan een vorm van budgettering uit verschillende financieringsbronnen terugkomen. Op termijn moet het systeem op de schop. Anders kunnen ggz-instellingen nooit die innovaties doorvoeren, die ze zeggen zo graag te willen.

Slecht nieuws voor al die eenpitters-GZ-psychologen en krenten-uit-de-pap-hulpverleners, die hun neus ophalen voor psychose-gevoelige mensen, verslaafden, of andere ingewikkeldheden. Want ‘we’ gaan hun contracten niet verlengen. Nee, we gaan de helft omscholen, want ze moeten veel afleren. Na een korte en intensieve cursus kunnen ze aan de slag in scholen, bedrijven, ziekenhuizen en supermarkten om gesprekken te voeren met pesters en gepesten, met gestresten en stress-veroorzakers, met misbruikten en misbruikers, met ouderen en hun net zo eenzame burens.

De andere helft wordt ingezet voor kortdurende hulp als mensen echt in psychische nood zijn. Zodat ze daarna het leven weer aankunnen.

Weg wachtlijsten.

Zijn we er dan? Nee. Want de mensen die de ggz echt nodig hebben, die langdurend psychisch lijden, door wat voor oorzaak dan ook, hebben dan nog steeds niet de plek die ze verdienen. Met aandacht en vertrouwen van mensen die naast hun staan, en niet meteen met hun oordelen, diagnoses, pillen en opnameafdelingen klaarstaan. Dat zijn er in Nederland zo’n 200-300 duizend. Nog geen twee procent van de bevolking. Overzichtelijk zou je zeggen. Wel, ook zij staan in de rij. Hoe zou dat toch komen