

# Waarom niets in de ggz de moeite waard is om maanden op te wachten

De ggz en de jeugdzorg steunen en kreunen onder de wachtlijsten. Telkens weer worden *taskforces* opgericht en regionale overlegtafels gevormd om dit ernstige en beschamende probleem te *managen*. Tot overmaat van ramp kwam tijdens de afgelopen week het bericht binnen dat een aantal specialistische voorzieningen gaat sluiten. Massale verontwaardiging volgt; de Tweede Kamer stelt vragen. Minister Conny Helder (Langdurige Zorg en Sport) is aanzet en deelt op **7 juli haar Verzamelbrief ggz met de Kamer**, waarin ze de wachtlijsten, de sluiting van specialistische zorginstellingen en de rol van de zorgverzekeraars behandelt. Ze heeft haar huiswerk gedaan en geeft de bal terug aan het veld: aanbieders, zorgverzekeraars en de gemeenten (Wmo).



**Philippe Delespaul**

12 juli 2022



Ik citeer uit **de Kamerbrief**:

“De belangrijkste conclusie die uit de informatiekaart (opge maakt door de NZa) naar voren komt, is dat er weliswaar een lichte daling van het aantal wachtenden is, maar dat mensen over het algemeen wel langer wachten. Waar het in december 2021 nog ging om een totaal van 85.000 wachtenden, hebben we het nu over ongeveer 80.000 wachtenden. Hiervan wacht 64% van de mensen te lang op een intake en ruim 30% te lang op een behandeling. (...) Van de NZa begrijp ik dat de langere gemiddelde wachttijd (deels) te verklaren zou kunnen zijn door het hoge personeelsverzuim.”

Helder verwacht van de ggz-aanbieders dat ze “actief deelnemen aan transfermechanismen in de regio en cliënten die elders beter geholpen kunnen worden overdragen aan andere aanbieders of verzekeraars”. Verder wil ze “inzetten op actief wachtlijstbeheer en patiënten die lang moeten wachten wijzen op de bemiddeling door verzekeraars.” Zorgverzekeraars wijst ze op hun verantwoordelijkheden om goede zorg te contracteren en bijvoorbeeld voldoende klinische capaciteit te garanderen. Maar met betrekking tot de sluiting van de specialistische afdelingen is het standpunt met een persiflage van Leibniz: *‘tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes possibles’* (alles is ten beste ingericht in de beste der mogelijke werelden).

Non-rendabele afdelingen kunnen door de aanbieder gesloten worden, maar de zorgverzekeraar mag aanbieders niet onder zodanige financiële druk zetten dat ze hun zorgplicht verzaken en patiënten niet de gepaste zorg krijgen. Er waren geen indicaties dat hier sprake van was. Niels Mulder, de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), geeft op LinkedIn aan dat mensen die voor deze klinische specialistische voorzieningen in aanmerking komen, geen alternatieven hebben. Ambulante trajecten zijn reeds uitgeprobeerd, zij het zonder resultaat. [1]

De afgelopen maanden heb ik in regionale discussies, over wachtlijsten en onze pogingen om mensen de gepaste zorg te bieden, verschillende huisartsen, ggz-professionals, patiënten en familieleden de volgende vraag gesteld: kent u een

interventie in de ggz, waarvoor het de moeite waard is om drie maanden te wachten – laat staan anderhalf jaar – en waarvoor in eer en geweten geen (evenwaardig) alternatief bestaat? Dit geldt ook voor de gesloten specialistische voorzieningen. Van mijn toch zeer geïnformeerd publiek kreeg ik geen antwoord. Dus bij dezen een prijsvraag: welke ggz-interventie is zo specifiek, schaars, succesvol en kent geen alternatief waardoor het de moeite waard is om drie maanden of meer te wachten?

Ik ga me waarschijnlijk niet populair maken bij mijn collega's, maar ik ben van mening dat schaarste in de ggz het gevolg is van het frame van een maakbare visie op psychisch lijden: het idee dat alle psychische problemen (eenvoudig) kunnen worden gefixt. In een marktgerichte omgeving betekent dit concreet dat mensen voor een oplossing bij 'ons' moet zijn. Wij zijn immers de specialisten. De ontwikkeling van zorgpaden en *stepped care* bouwt dit frame verder uit. In de eerste lijn is zorg breed beschikbaar en bij non-response escaleren we naar minder beschikbare specialistische voorzieningen. De moeilijkste mensen komen dus 'by design' op wachtlijsten terecht.

Als het wachten op de schaarse specialist zou renderen (effectief zou zijn), was deze strategie verdedigbaar. Maar tot overmaat van ramp zijn specialistische zorgaanbieders vaak niet present voor de moeilijkste patiënten. Comorbiditeit, in het bijzonder aanwezig wanneer de ernst toeneemt, wordt altijd aangehaald als rechtvaardiging om het 'probleem' bij de buurman-zorgaanbieder neer te leggen. Een alternatief zorgpad zou beter zijn voor deze complexe zorgvraag, zo luidt het excuus.

Maar deze buurman-aanbieder zal in eer en geweten evenmin beschikken over voldoende deskundigheid en bekwaamheid. Ernst en diffuse comorbiditeit gaan immers samen. Vanuit het specialistisch aanbod bekeken, is geen enkele professional deskundig voor de meest ernstige comorbide beelden. We ontwikkelen specialistische zorgpaden voor patiënten met enkelvoudige problemen en gemiddelde ernst. De opeenvolgende afwijzingen voor mensen met de zwaarste problematiek, creëert een voedingsbodem voor extra wanhoop en versterkt de illusie dat de superspecialist, waar je zo lang op hebt gewacht, je

probleem wel zal fixen. Dit leidt onvermijdelijk tot teleurstelling, want ook hij of zij kan dat natuurlijk niet. Geen specialistische ggz-zorg is opgewassen tegen de demotivatie die het systeem creëert.

Het probleem van de wachtlijsten voor specialistische zorg lossen we niet op door scherper te indiceren, of door een 'eerlijke' triage tussen mensen die horen tot onze *core job* ('echte' psychiatrie) en personen die problemen ervaren die horen bij de '*condition humaine*'. *Shit happens* nu eenmaal en is deel van de normale menselijke variatie. Hiermee omgaan (coping) is je persoonlijke verantwoordelijkheid. Wie afgewezen wordt als niet 'ernstig' genoeg, beleeft de afwijzing als een niet-erkenning van diens lijden, en dat is weer de bodem voor toegenomen psychische wanhoop. De strategie is niet alleen inefficiënt, maar zelfs iatrogeen: het maakt de problemen erger. Dat is niet vreemd, want het gaat immers om psychisch lijden.

We hebben een ggz ontwikkeld die lijdende mensen verleidt naar onze oplossingen, en hen wanhopig maakt voor het exclusieve ticket dat toegang verschaft tot de schaarse bron die mensen van hun lijden bevrijdt.

Marktprofilering versterkt deze illusie.

Dit vraagt om een 'ethisch reveil'. Als sector moeten we ons realiseren dat onze therapeutische oplossingen en het ondersteunend kwaliteitsbeleid ontoereikend zijn om de noden op te lossen. Zelfs indien de politieke wil zou bestaan – en die is er niet – om het ggz-budget drastisch te verhogen, beschikken we eenvoudigweg niet over de professionele *resources* om deze belofte waar te maken. Extra psychiaters en klinisch psychologen opleiden kost minimaal tien jaar, en ondertussen werken er steeds minder mensen in deze sector (*brain drain*).

In alle eerlijkheid was het oude ggz-zorgmodel onhaalbaar, en ook voor de toekomst is er met dezelfde strategie geen perspectief op een duurzame zorg die de bestaande noden oplost. En dit in een rijk land dat relatief veel in de sector investeert. Het is een *argumentum ad absurdum*, een redenering uit het absurde: een bewezen onhaalbare klus. We hebben een mythe gecreëerd.

En toch houden veel stakeholders in de ggz elkaar in een wurggreep om met ‘meer van hetzelfde’ het probleem van de wachtlijsten te fiksen. Ik pleit niet om alle bestaande ggz-expertise obsoleet te verklaren, maar wel om de exclusiviteit van de traditionele ggz-oplossingen los te laten, en om een gediversifieerd en rijk palet aan alternatieven te ontwikkelen en op een evenwaardige manier beschikbaar te maken. Ik pleit voor een alternatief, een tweede spoor.

Er bestaan legio alternatieven voor de traditionele professionele ggz-oplossingen, waardoor wachten niet zeer zinvol is. En dat is hoopgevend. De afgelopen decennia hebben verschillende referentiesystemen dit duidelijk gemaakt. De herstelbeweging stelt drie domeinen voor, die oplossingen kunnen genereren die kunnen bijdrage aan de ontwikkeling van gezondheid. Zorg kan zich richten op (1) symptoomreductie, (2) maatschappelijke participatie en (3) persoonlijk herstel. Geen van deze domeinen heeft prioriteit over de andere, en elk van deze domeinen kan substantieel bijdragen de gezondheid van mensen.

Positieve gezondheid, oorspronkelijk ontwikkeld vanuit de somatische geneeskunde, spreekt over zes domeinen: (1) psychische symptomen, (2) somatische symptomen, (3) dagelijks functioneren, (4) sociale participatie, (5) zingeving en (6) kwaliteit van leven. De heuristieken zijn uitwisselbaar, maar kunnen allemaal bijdragen aan een bredere blik op waardevolle zorgalternatieven en het diversifiëren van onze opties.

Zelfs de meest kansrijke, *evidence-based* ggz-behandelingen kunnen geen garantie bieden op herstel. De ggz biedt weinig kortetermijnoplossingen. Maar de herstelbeweging en positieve gezondheid maken duidelijk dat de te exploreren zorgoplossingen buiten het domein van de klassieke symptoomreductie gediversifieerd kunnen worden. Zorg wordt niet meer geïndiceerd op basis van wat theoretisch de beste keuze is, maar op basis van de vragen: wat zou kunnen bijdragen aan herstel? En wat is om weerbaarder te worden de moeite waard om uit te proberen? Om weerbaarheid te ontwikkelen, heeft drie maanden wachten geen enkele zin.

Er is altijd wel een alternatieve strategie te exploreren, met potentiële leermogelijkheden. Deze strategie is niet eens een tweede of derde keuze als 'bezighoud'-oplossing, zolang de echte behandeling niet beschikbaar is (wachtlIJstmanagement). Maar elk van deze oplossingen zijn op zichzelf waardevol en relevant. De kans dat ze voldoende bijdragen aan de ontwikkeling van weerbaarheid is even groot of soms zelfs groter dan de optie waarvoor iemand maanden op de wachtlIJst zou moeten staan.

De GEM-beweging – een ecosysteem voor mentale gezondheid – en vele andere initiatieven hebben deze strategie ontwikkeld als een tweede, alternatief spoor voor het wachtlIJstmanagement. Maar de diversifiëring van evenwaardige oplossingen wordt nu niet eens in overweging genomen, omdat de voorgestelde optimalisering van het regionale wachtlIJstenbeleid zich uitsluitend beperkt tot bestaande behandelingen van ziektes waarvoor scherper geïndiceerd wordt. Het tweede spoor pleit voor diversifiëring in plaats van specificering. Voor een focus op gezondheid, niet (enkel) op ziekte. Dit is volledig in lijn met het recent gepubliceerde *Kader Passende Zorg*, waarbij zorgverzekeraars gedwongen worden hun aanbesteding primair te richten op gezondheid, en niet meer op ziekte. [2]

De aankondiging van een aantal specialistische ggz-aanbieders om hun behandelaanbod aan te passen of delen van hun aanbod te beëindigen, is in dit licht geen onoverkomelijk probleem. Het is het zoveelste bewijs dat het actuele 'ill-health'-zorgsysteem de grenzen van haar mogelijkheden heeft bereikt. Maar echte verandering kan slechts, wanneer mensen niet meer wanhopig denken dat de laatste strohalm hun zal redden uit hun lijden. Dat lijdende mensen geen verkokerde blik ontwikkelen waardoor ze geen andere alternatieven zien dan hopeloos te blijven wachten. Maar dat we hen met oplossingen ondersteunen en helpen inzien dat, hun weg naar gezondheid, herstellen of de ontwikkeling van weerbaarheid (*well-being*) een proces is waarbij steeds weer tientallen oplossingen de moeite waard zijn om uit te proberen.

Dit is geen afvalwedstrijd. De oplossing die twee jaar geleden werd gestart, maar toen niet het gewenste resultaat opleverde, kan nu misschien wel succesvol zijn. Opties blijven continu (modulair) beschikbaar. Hiervoor is het gunnen van een tweede (of derde) kans noodzakelijk. Dit gezamenlijk exploratieproces van leertrajecten die de moeite waard zijn om uit te proberen, vormen het tweede spoor voor de wachtlijstproblematiek. Een spoor dat is aangekondigd het *Kader Passende Zorg* en dat op haar merites wordt verkend in de GEM-innovatietrajecten.

Het zal burgers/cliënten/patiënten, betrokkenen, professionals en overige stakeholders een belangrijke les duidelijk maken: niets in de ggz is de moeite waard om maanden op te wachten. Door dit inzicht, houden we waardevolle tijd over voor het persoonlijke proces van de ontwikkeling van weerbaarheid.

1. <https://www.linkedin.com/pulse/mensen-wordt-behandeling-ontzegd-nza-accepteert-de-sluiting-mulder/>
2. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg>