

Een beter werkende geestelijke gezondheidszorg draait niet alleen om geld, ook samenwerking telt



ILLUSTRATIE: HEIN DE KORT VOOR HET FINANCIËLE DAGBLAD



Pauline Meurs is hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. Reageer via expert@fd.nl.



De laatste weken zijn er verschillende berichten over de zorgelijke financiële toestand waarin de geestelijke gezondheidszorg (ggz) verkeert. Er wordt gesproken over afnemende kredietwaardigheid (die al aanzienlijk lager ligt dan in andere onderdelen van de zorgsector). Ook het FD berichtte dat de ggz onder grote financiële druk staat en het risico van faillissement wordt door meerdere deskundigen genoemd.

De financiële druk komt van meerdere kanten. Zo stijgen de personeelskosten in de ggz meer dan in andere sectoren. Het percentage zzp'ers is hoog, en dan zijn het vooral ook nog de hoogopgeleide professionals die voor een professioneel bestaan als zelfstandige kiezen. Zij willen meer vrijheid en meer ruimte om hun eigen werk in te delen en in te richten. Velen van hen

Ik mis barmhartigheid om mensen die psychisch kwetsbaar zijn. Ik mis erkenning voor de professionals

werken overigens nog wel binnen de muren van de instelling, maar dan wel tegen een relatief hoog tarief.

De professionals die voor hun vaste baan kiezen binnen de setting van de instelling, worden steeds zwaarder belast, met onaantrekkelijke diensten en zware patiënten die veel zorg en aandacht nodig hebben. Daarbij is het moeilijk om de diensten rond te krijgen.

Ook worden er extra kosten gemaakt voor beveiliging van patiënten en personeel. De samenleving vraagt eveneens op het gebied van veiligheid extra inzet van de ggz: bijvoorbeeld voorlichting in de buurt en deskundig advies aan de politie. Dat is uiteraard belangrijk en noodzakelijk werk. Maar het is een hele opgave onder deze omstandigheden het ziekteverzuim in de ggz te beheersen en het noodzakelijke plezier in het werk te behouden.

MEER ERKENNING

Een tweede factor bij de ggz-financiering is de niet-vergoede zorg. Net zoals bij de ziekenhuizen (zie mijn bijdrage in FD, 21 augustus) heeft ook de ggz te kampen met budgetplafonds en dus met zorg die niet door verzekeraars en gemeenten wordt vergoed. Zorg die uiteraard wel is geleverd.

Juist in de ggz is het van het allergrootste belang de behandeling voort te zetten en patiënten niet de kou te laten staan. En dat niet alleen: het feit dat de wachtlijsten blijven groeien is voor de patiënten, hun verwanten, maar vooral ook voor de professionals niet te doen.

Een derde factor is de ingrijpende wijziging van wet- en regelgeving in de sector. De financiering, en dus ook de inkoop, van de jeugd-ggz is naar de

gemeenten gegaan met de opdracht meer samen te werken met lokale netwerken. Maar voor gemeenten is de ggz een nieuw domein en als inkoop moeten zij nog kennis en ervaring opdoen.

Nog schrijnender wellicht is dat chronische patiënten door de ontmanteling van de AWBZ (Algemene wet bijzondere ziektekosten) niet onder de Wet langdurende zorg is ondergebracht. Zij vallen hierdoor tussen wal en schip.

De politiek is zeer bezorgd over de groep 'mensen met verward gedrag' en eist maatregelen waarbij repressie niet wordt geschuwd. Het eenvoudige feit dat voor deze groep geen ordelijke financiële basis bestaat voor hun zorgbehoefte, wordt voor het gemak dan even vergeten.

Er wordt ruimhartig gestrooid met oplossingsvoorstellen die vooral op het financiële vlak liggen: meer geld, openbreken van het *Bestuurlijk akkoord GGZ 2019-2022* (want niet haalbaar), hogere tarieven en op z'n minst een realistischer vergoedingsregime. Maar ook op het organisatorische vlak: minder klinisch behandelen, meer naar de huisarts en naar de wijk, afbouw van het aantal bedden, enzovoort. Dat laatste is overigens volop gaande. De productie in aantallen patiënten is met 11% gestegen het afgelopen jaar, terwijl de bedden capaciteit met bijna 7% is afgenomen.

Naar mijn idee is de situatie in de ggz-sector een symptoom van een principieel probleem dat onvoldoende onder ogen wordt gezien. Ik mis barmhartigheid en bekommernis om mensen die psychisch kwetsbaar zijn. Ik mis de erkenning voor al die professionals die proberen het leven van deze

patiënten draaglijk te maken. Ja, dat kost geld.

Het is toch niet acceptabel dat patiënten zo lang, soms langer dan zes maanden, moeten wachten? De zorg moet er gewoonweg zijn: als een vangnet, als behandeling, als begeleiding, als preventie. Het medische model met zogeheten 'diagnose-behandelcombinaties' is maar beperkt bruikbaar in de ggz. Een diagnose daar is namelijk lang niet altijd op voorhand duidelijk, terwijl er wel zorg nodig is. Een enkelvoudige diagnose is een reductie van de complexe situatie van een patiënt met psychische klachten. De verschillen tussen mensen zijn groot.

MINDER GECIJFER

Meer geld voor wetenschappelijk onderzoek zou behoorlijk helpen om te begrijpen wat het betekent een psychische stoornis te hebben en hoe daar het beste mee kan worden omgegaan. Ook zou meer kennis moeten worden gedeeld over onderzoeksresultaten die hun waarde inmiddels hebben bewezen.

Psycholoog Ad Kerkhof breekt bijvoorbeeld een lans voor meer overdracht van kennis van preventie van suïcide in de medische en ggz-opleidingen. Hij verwijst naar onderzoek waaruit blijkt dat een betere opleiding veel kan uitmaken. Professionals moeten dan wel de handen ineenslaan en hun richtingenstrijd staken over wat goede ggz is.

Datzelfde geldt voor de samenwerking tussen instellingen: voor elkaar opkomen, van elkaar leren en gezamenlijk op zoek gaan naar de goede oplossingen. Kortom, meer actie, meer kennis delen en minder gecijfer.