

Geduld is geen schone zaak

A. Dols

In het publieke debat wordt de ggz vaak in één adem genoemd met wachtlijstproblematiek. En inderdaad: slechts 75% van de aangemelde patiënten start met behandeling binnen de tijd van 4 weken die we met elkaar in Nederland als norm hebben bepaald (https://puc.overheid.nl/doc/PUC_648825_22). Een inventarisatie in Vlaanderen bij zelfstandige behandelaars liet ook zien dat 50% van de patiënten meer dan 4 weken moet wachten (<https://www.statengeneraalggz.be/wp-content/uploads/2021/06/Wachttijden-in-Vlaamse-privepraktijken-DEF.pdf>).

Dat patiënten van wachten niet beter worden, lijkt evident. Maar hoe schadelijk zijn de wachttijden voor een psychiatrische behandeling voor een individu? En de tijd als bondgenoot kan toch ook ruimte geven aan spontaan herstel of het natuurlijke beloop met verlichting van klachten? Niets doen kan toch ook de betere optie zijn?

Erst natuurlijke beloop een kans geven?

Over het natuurlijke beloop van psychische klachten zijn bij depressie goede gegevens beschikbaar. In een groot prospectief epidemiologisch onderzoek vonden Spijker e.a. (2002) dat 50% van de volwassenen met een depressieve episode binnen 3 maanden herstelt en 63% binnen 6 maanden. Bij een bipolaire stoornis schat men dat zonder behandeling manische episoden gemiddeld ongeveer 2 maanden duren en depressieve episoden 2 tot 5 maanden (Marneros & Brieger 2002). Kortom, zoals in het voorbeeld van stemmingsstoornissen, is er in de eerste 6 maanden van de klachten nog relatief veel ruimte voor natuurlijk herstel.

Echter, er zit gemiddeld 10 jaar tussen het ontstaan van psychische klachten die voldoen aan de DSM-criteria voor een psychiatrische stoornis, en de start van behandeling (Wang e.a. 2004). Jongere leeftijd en grotere ernst waren geassocieerd met een kortere tijd tussen ontstaan van de klachten en behandeling. Het is dus niet aannemelijk dat op de wachtlijsten mensen staan met lichte of nog maar kort bestaande klachten. De Nederlandse rekenkamer concludeerde ook dat juist complexe patiënten gekenmerkt door meerdere psychiatrische aandoeningen lang op behandeling

wachten (www.rekenkamer.nl/onderwerpen/zorguitgaven/documenten/rapporten/2020/06/25/geen-plek-voor-grote-problemen). Het is daarom niet te verwachten dat het natuurlijke beloop van klachten voor patiënten op de wachtlijst bij ggz-instellingen zal leiden tot herstel.

Wachtlijst als interventie

Alle behandelingen hebben bijwerkingen, en als het middel erger is dan de kwaal, dan kan niets doen beter zijn. Hoe het patiënten met psychische klachten die geïndiceerd zijn voor behandeling vergaat op de wachtlijst is indirect onderzocht. *Care as usual* wordt vaak gebruikt als controleconditie om een onbehandelde vergelijking voor de actieve interventie te hebben in gerandomiseerde interventiestudies. Het is ethisch beter te rechtvaardigen om mensen die gerandomiseerd zijn naar de controleconditie op een wachtlijst voor de actieve interventie te plaatsen, omdat zo geen behandeling geweigerd zou worden. Er is wel kritiek op de wachtlijst als controleconditie: het zou het effect van de onderzochte interventie overschatten. Het idee is dat mensen op de wachtlijst ook in de wachtstand gaan, en dus niet meer proberen om op eigen kracht te verbeteren of te veranderen en ook geen andere oplossingen zoeken (Cunningham e.a. 2013). Zij zouden slechter af zijn dan een ware controlegroep. Als we dit extrapoleren naar de dagelijkse praktijk is de wachtlijst dus de slechtst mogelijke interventie. Dit nog los van het feit dat gedurende de wachttijd de klachten door het natuurlijke beloop ook kunnen verergeren. Een wachtlijst vertraagt het herstel voor het individu en verhoogt de maatschappelijke kosten.

Stigma van de wachtlijst

In mijn spreekkamer blijken nieuwe patiënten vaak al langer klachten te hebben; zij hebben eerst gehoopt dat die vanzelf over zouden gaan, of ieder geval zonder hulp. Vaak is er schaamte voor de psychische klachten, die ook erg eenzaam heeft gemaakt. Nu werk ik gelukkig op een polikliniek waar nieuwe patiënten binnen enkele weken in behandeling kunnen komen (Dols & Kleijweg 2021). Maar ik schaam me ook, want waarom konden

AUTEUR

Annemiek Dols, psychiater, senior onderzoeker, Amsterdam UMC, locatie VUMC, Amsterdam Neuroscience, Ouderenpsychiatrie GGZ inGeest, Amsterdam.

Correspondentie

A. Dols (a.dols@ggzingeest.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

LITERATUUR

- Crabb J, Barber L, Masson N. Shrink rethink: Rebranding psychiatry. *Br J Psychiatry* 2017; 211: 259-61.
- Cunningham JA, Kypri K, McCambridge J. Exploratory randomized controlled trial evaluating the impact of a waiting list control design. *BMC Med Res Methodol* 2013; 13: 150.
- Dols A, Kleijweg M. Geen wachtlijsten voor ouderenpsychiatrie: Hoe kan dat? *Medisch Contact* 2021.
- Marneros A, Brieger P. Prognosis of bipolar disorder: A review. In: Maj M, Akiskal H, López-Ibor J, e.a., red. *Bipolar disorder*. Chichester: Wiley; 2002.
- Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, e.a. Duration of major depressive episodes in the general population: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry* 2002; 181: 208-13.
- Tijdink J, Vinkers C, Visscher A, e.a. En toch is de psychiater trots op zijn vak. *Medisch Contact* 2017.
- Wang PS, Berglund PA, Olfson M, e.a. Delays in initial treatment contact after first onset of a mental disorder. *Health Serv Res* 2004; 39: 393-415.

we niet eerder hulp bieden? Ik ervaar machteloosheid, mijn invloed op de organisatie van zorg is zo klein. Waarom duurt het allemaal zo lang? Mensen komen al niet graag naar de ggz en de wachtlijsten zijn niet gastvrij. Potentiële patiënten worden niet ontvangen met 'welkom, hier gaan wij jou helpen'. Berichten in de media die suggereren dat op de ggz-wachtlijsten patiënten met lichte problemen staan, zijn onjuist en schadelijk. Met die 'lichteklachtenmythe' insinueert men dat wachtenden verwende zeurders zouden zijn en dat ggz-professionals hun zaken niet op orde zouden hebben.

Het aanpakken van de wachtlijsten in de ggz heeft prioriteit gekregen en er wordt hard aan gewerkt (<https://open.overheid.nl/repository/ronl-b62f61c0-2ec0-49a9-ab1b-962066489b73/1/pdf/aanbieding-actieplan-wachttijden-2021.pdf>), maar ik mis daar wel de vertegenwoordiging van de relevante beroepsgroepen zoals de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en het Nederlands Instituut van Psychologen.

Het is goed de cijfers in een breder perspectief te zien. Van de 23 medische specialismen hebben 14 een poliklinische wachttijd boven de treeknorm van 4 weken (<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/wachttijden/ziekenhuiszorg#node-wachttijden-polikliniek-2021>), dus zo psychiatriespecifiek is het niet. Verder is uiterekend dat 11.000 psychiatrische patiënten langer dan 4 maanden wachten op behandeling, dat is 0,85% van 1,3 miljoen mensen die jaarlijks een beroep doen op de ggz (www.rekenkamer.nl/onderwerpen/zorguitgaven/documenten/rapporten/2020/06/25/geen-plek-voor-grote-problemen)

en 2% van de 550.000 mensen die jaarlijks behandeld worden door de specialistische ggz.

Een negatieve publieke opinie over de ggz maakt dat mensen er niet graag komen om behandeld te worden of om er te werken (Crabb e.a. 2017). Een wachtlijst is schrijnend voor een individu, maar een (hyper)focus op de wachttijden in de ggz heeft ook negatieve gevolgen: het draagt bij aan een slecht imago en vermindert de aandacht voor het feit dat een psychiatrische behandeling meer inhoudt dan de tijd dat iemand erop heeft gewacht.

Constructief en positief

Wachtlijsten vertonen regionale verschillen en zijn ook variabel voor de diverse aandoeningen (<https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-wachttijdinformatie-ggz/hotspot-wachttijden-ggz>). Het is een complex evenwicht tussen zorgvraag en capaciteit. Het stroomlijnen van de ggz-organisaties zal naast een constructieve samenwerking met het sociale domein moeten zorgen voor de juiste behandeling voor de juiste patiënt op het juiste moment.

Een positieve berichtgeving over de ggz gaat er ook voor zorgen dat mensen zich niet schamen om naar ons toe te komen en dat zij zich welkom voelen. Daarnaast kunnen we als ggz-professionals dan ook trotser zijn op ons vak, niet alleen inhoudelijk, want dat zijn we al (Tijdink e.a. 2017), maar ook op de organisatie ervan. En laten we niet te lang wachten. De wachtlijsten kunnen niet het belangrijkste zijn waar de ggz op afgerekend wordt, maar ze moeten echt korter. Geduld is geen schone zaak.