

Ernstige psychiatrie past niet in hokjes: hoe maken we ruimte voor de zorg voor de EPA-doelgroep?

L. Wunderink

De geestelijke gezondheidszorg heeft steeds meer weg van een zieke oude man, die minder in staat is in te spelen op zijn omgeving door beperkte zintuiglijke vermogens, zich nauwelijks bewust van de eigen starheid en gebrekkigheid, die zichzelf ternauwernood staande kan houden en merkt dat dingen verkeerd gaan, maar niet bij machte is er iets aan te doen.

De inertie van de ggz

Lange wachtlijsten en mensen die niet de hulp krijgen die ze nodig hebben, zijn aan de orde van de dag. Het tekortschieten van de ggz is exemplarisch voor het algemeen ervaren falen van publieke diensten: voor de ggz gaat dat over de verwarde man op straat, en de doofheid voor de nood van burgers die hulp vragen voor een psychisch in de knoop geraakt individu. De ggz staat te veel buiten de maatschappelijke werkelijkheid. De in zichzelf gekeerde instituukscultuur wreekt zich vooral in de zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA), die sterk van zorg afhankelijk zijn en veel overlast kunnen geven als deze tekortschiet.

Welke obstakels staan een daadkrachtige zorg in de weg?

Hoewel veel inspanningen erop gericht zijn een eind te maken aan deze inertie lukt het maar niet een vorm te vinden om de mensen om wie het hier gaat op het juiste moment de juiste zorg te bieden. Het gaat dan ook om een kluwen van problemen die lastig te ontwarren is. Ondanks het feit dat grote ggz-instellingen zich vanuit hun verantwoordelijkheidsgevoel meer zijn gaan richten op EPA, werken tekortschietende financiering, langdurige en omslachtige indicatiestellingsprocedures en gescheiden financiële kaders voor benodigde zorgonderdelen en doelgroepen een toegewijde zorgorganisatie voor deze doelgroep tegen. Een van de belangrijke problemen wordt gevormd door de gescheiden geldstromen: de Zorgverzekeringswet

(ZVW), die ontoereikende vergoeding biedt voor de onvoorspelbare periodiek hoog-intensieve behandeling die een wisselend deel van de doelgroep nodig heeft,¹ de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) die sinds 2015 een deel van de ondersteunende zorg onderbrengt bij de gemeente en de Wet langdurige zorg (Wlz) die de zorg financiert wanneer geen verbetering meer is te verwachten in de zorgafhankelijkheid en 24-uursbereikbaarheid van hulpverleners nodig wordt geacht. Voor mensen met bijkomende problemen zoals een verstandelijke beperking zijn vaak nog weer aparte indicaties nodig. Dit ondoordringbare oerwoud aan bepalingen en indicaties en de scheiding van de geldstromen creëren een onoverkomelijke taaiheid in de toelevering van de juiste zorg, en het nauwelijks of niet plaatsbaar zijn in het sociaal domein van mensen met gecombineerde problemen, zoals verstandelijke beperking, autisme en psychose, gedragsproblemen en verslaving. Wanneer men bedenkt dat de zorgbehoefte van mensen uit deze doelgroep in de tijd zeer sterk varieert, zowel wat intensiteit als aard van de zorg betreft, en dat deze dynamiek bovendien onvoorspelbaar is, moet men zich wel realiseren dat een regelgeving die uitgaat van een statische voorspelbaarheid van die zorgbehoefte, die bovendien verdeeld is over meerdere geldstromen, niet kan werken.

Een van de grootste problemen van het gecompartmentaliseerde – in aparte hokjes opgedeelde – zorgveld is dat hierbij het principe regeert: wie het kindje heeft, moet het kindje houden. Indicatie- en uitsluitingscriteria, intakeprocedures, diagnostische criteria als toelatings- c.q. uitsluitingsgrond dienen niet zozeer om de juiste zorg te bepalen, maar veeleer als poortwachters van afzonderlijke zorgonderdelen, om ongewenste binnenkomers buiten te houden, zowel binnen de ggz als in het sociale domein. Wie binnen is, kan rekenen op die bepaalde zorg; wie buiten staat, moet eerst worden

AUTEUR

Lex Wunderink, psychiater.

Correspondentie

Lex Wunderink (lexwunderink@gmail.com).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-7-2024.

toegelaten. Dit leidt inherent, of men wil of niet, tot betere zorgfaciliteiten voor gemakkelijke en meegaande mensen, en grotere kans op uitsluiting van moeilijke en lastige personen.

Integratie van financiering en organisatie van zorg als oplossingsrichting

Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat voor een doelgroep van mensen met een moeilijker zorgprofiel gefragmenteerde zorg niet goed werkt, niet of nauwelijks tot stand komt en tot uitvallers leidt.²

Daarom is integratie van de zorg voor deze doelgroep noodzakelijk. Dat geldt voor de financieringsstromen voor deze doelgroep, die onder één noemer moeten worden gebracht, maar ook voor de uitvoering van de zorg. Dat betekent zorg uit één hand. En dat betekent van meet af aan betrokkenheid van zowel de ggz als het sociaal domein bij de zorg. Er zijn vele initiatieven die de samenwerking tussen ggz en sociaal domein beogen te bevorderen, zoals het initiatief van enkele ggz-organisaties om gecombineerde intakes te gaan doen met het sociaal domein, om de zorg op één leest te schoeien. Maar dat heeft slechts tot samenwerking geleid, niet tot integratie.³⁻⁵

Meer structuur en kwaliteit sociaal domein nodig

Het sociaal domein bestaat uit een ongestructureerde verzameling van allerlei instellingen, naast door PGB-gelden (persoonsgebonden budget) uit de Wmo gefinancierde personen, zowel professionals als leken, die op gebied van wonen, arbeid en dagbesteding een marktpositie hebben verworven. Veel van de partijen die het sociaal domein vormen, zijn nauwelijks onderhevig aan kwaliteitscontroles en professionele eisen. Een poging om hierin meer samenhang te brengen vormen de door de gemeenten opgezette wijkteams, waarin partners van het sociaal domein, naast de ggz, deelnemen. Dit zijn echter nog voornamelijk vergaderingen, en geen uitvoerende organen.

Om tot verdergaande integratie van ggz en sociaal domein te komen dient het sociaal domein per regio beter te worden gestructureerd, moeten er kwaliteitscriteria worden overeengekomen en overzichtelijke afspraken worden gemaakt over in-, door- en uitstroom-

criteria. Op die manier komen ook structurele lacunes in beeld, zoals het gebrek aan woonvormen voor mensen met autismespectrumstoornissen. Ook kan de depimerende zoektocht van een patiënt langs de toegangsdeuren van vele woonvormen, met talrijke afwijzingen zonder duidelijk motief, dan achterwege blijven.

Het gevolg van een integrale benadering door ggz en sociaal domein is een afname van de psychiatrische zorg door snellere overgang naar een leven zonder veel ggz-bemoeienis met ondersteuning vanuit het sociaal domein, en herstel van de burgerschapsrol.

Van groot belang hierbij is de rol van de ervaringsdeskundigen, die zowel vanuit de ggz als vanuit het sociaal domein kunnen opereren, en die een brug kunnen slaan naar het door iedereen zo gewenste maatschappelijk herstel.

De relatief dominante positie van de ggz in dit zorgveld moet worden gereduceerd tot de inzet van medisch-psychiatrische expertise voor zover die nodig is om de zorgafhankelijkheid tot een minimum te beperken. En dan niet in een gefaseerd model, maar vanaf het begin samen met het sociaal domein, en zo kortdurend mogelijk, en ook later in het leven als dat nodig is: gericht en doelmatig.

Naar integrale netwerkzorg

Integratie van psychiatrische behandeling en zorg vanuit het sociaal domein kan leiden tot versnelde overgang naar het sociaal domein. Het is aan te bevelen de integrale zorg voort te zetten, waarbij het aandeel van de psychiatrische expertise zo snel mogelijk afneemt en de zorg vanuit het sociaal domein geleidelijk de belangrijkste rol gaat spelen. Maar de mogelijkheid de psychiatrische expertise weer opnieuw tijdelijk in te roepen moet drempelloos beschikbaar zijn, om de volgende redenen:

1. De dynamiek van de psychiatrische problematiek is erg onvoorspelbaar, en tijdelijke terugval vereist psychiatrische expertise.
2. Indien een terugval zich voordoet, is psychiatrische expertise zonder wachttijd gewenst om deze tijd in de kiem te smoren.
3. Veel huisartsen zijn onvoldoende vertrouwd met psychiatrische medicatie en bijwerkingen daarvan.
4. Uit inventariserend onderzoek bleek dat terugverwijzing naar de huisarts vaak mislukte.⁶

‘Daarom is het belangrijk af te stappen van het bestaande containermodel, waarbij de patiënt ergens in- of uitgeschreven is, en over te gaan naar een netwerkmodel.’

Daarom is het belangrijk af te stappen van het bestaande containermodel, waarbij de patiënt ergens in- of uitgeschreven is, en over te gaan naar een netwerkmodel. Bij een dergelijk model zijn alle patiënten met EPA van een regio ingeschreven als patiënt bij een gebiedsteam van een ggz-instelling, zoals patiënten bij een huisarts. Je hoeft daar als patiënt geen gebruik van te maken, maar je kunt dat wel, zodra je het nodig hebt, en zo lang als het nodig is. Uitschrijven is niet nodig (tenzij je dat zelf wenst), en er wordt ook geen actieve hulp verleend totdat dat weer noodzakelijk is. Dat betekent ook dat mensen die geen behandeling nodig hebben, maar leven met de eventuele beperkingen en restverschijnselen die er zijn, af en toe een afspraak kunnen maken zonder dat er meteen een behandelplan aan de orde is.

Verder betekent het ook dat mensen in een vroeger stadium dan nu gebruikelijk is toe kunnen met minder intensieve of zelfs zonder psychiatrische zorg, zonder angst dat zij er dan uit liggen en alleen met veel moeite (wachtlijsten en intakeprocedures) weer terug kunnen komen. Het sociaal domein kan veel meer mensen opvangen die zonder de laagdrempelige toegang tot de ggz een te groot risico voor de desbetreffende voorziening zouden vormen.

Het betekent ook dat de oneigenlijke eis komt te vervallen dat iemand zichzelf moet verbeteren – wat impliciet besloten ligt in het door de verzekeraars voor de ggz verplicht gestelde behandelplan – om af en toe op eigen initiatief een vertrouwde psychiater, ervaringsdeskundige, verpleegkundig specialist of ambulant verpleegkundige van een gebiedsteam te kunnen raadplegen.

Dus samengevat: een integraal gefinancierd pakket voor iedere patiënt met EPA in het verzorgingsgebied, bestaande uit goede en snelle psychiatrische behandeling aan de poort door experts, en ook later als het nodig is (geen langdurige intake en diagnostiek voorafgaand aan behandeling); onmiddellijke inzet van ondersteuning vanuit een gecoördineerd sociaal domein; onvoorwaardelijke laagdrempelige toegang tot dit integrale zorgpakket voor alle mensen met een EPA-profiel in het verzorgingsgebied (geen voorwaardelijke intakeprocedure) en blijvende inschrijving indien gewenst na (tijdelijk) afronden van de behandeling.

LITERATUUR

- 1 Beekman ATF, van der Lee A. Het spook risicoselectie; ggz onverzekerbaar in huidig stelsel. Tijdschr Psychiatr 2022; 64: 411-5.
- 2 Sytema S, Jörg F, Nieboer R, e.a. Adding evidence-based interventions to assertive community treatment: a feasibility study. Psychiatr Serv 2014; 65: 689-92.
- 3 Van Rooijen S. Krachten bundelen rondom mentale gezondheid. Hoe kunnen sociaal domein en ggz elkaar versterken? Movisie 4 januari 2022. (<https://www.movisie.nl/artikel/krachten-bundelen-rondom-mentale-gezondheid>).
- 4 Kuiper C, de Nijs J. Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven; hoe zorg en sociaal domein kunnen bouwen aan samenhang, kwaliteit en innovatie. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos; 2023.
- 5 Mulder N, van Weeghel J, Delespaul Ph, e.a. Netwerkpsychiatrie: samenwerken aan herstel en gezondheid. Amsterdam: Boom; 2021.
- 6 Brouwers WB, Bogers JPAM, Barkhof E, e.a. Verwijzing van gestabiliseerde patiënten met een psychotische stoornis naar de huisarts: kan dat? Een vooronderzoek. Tijdschr Psychiatr 2021; 63: 623-9.