

Niemand uitgesloten!

De geestelijke gezondheid van de volgende generatie vraagt inzet van iedereen

Zorgverzekeringscongres in De Lutte, 7 oktober 2021

Dames en heren,

Drie kinderen heb ik. Een student en twee middelbare scholieren. Ze wonen alle drie nog thuis, dat wil zeggen – de oudste is thuis op kamers, de andere twee leven een uitbundig schoolleven. Het kan weer. De coronatijd was heftig – zoals voor zovelen. Maar dat het jongeren extra aanpakte zagen we thuis en bij de vrienden. De rechtenstudie van de oudste, de student, was anderhalf jaar lang een veredelde LOI-opleiding. Colleges waren via beeld waarbij iedereen zijn camera uithad. De school van de andere twee schakelde razendsnel van classicaal naar digitaal. Respect daarvoor, maar het kostte ons, de ouders, veel moeite om ze er van te overtuigen dat je school ook *verticaal* kon volgen in plaats van horizontaal. Je kunt echt alles doen in bed, dat heeft corona wel geleerd. Wat het ook leerde was dat problemen die er al waren, zich verscherpten. En dat zagen we vooral bij de vrienden van onze kinderen. Ouders met relatieproblemen vochten elkaar de tent uit. Verslaving en psychische problemen – er was geen ontvluchten meer aan, ook niet voor de kinderen. Een vriendin van mijn dochter visten we van de straat – ze had al anderhalf uur bij ons voor de deur staan drentelen, bleek, omdat ze het thuis niet meer uithield. Een vriend van de middelste kreeg thuis klappen.

En de oudste haalde in december met een vriend een psychotische vriendin uit de vijver in het plantsoen. Ze wilde niet meer het nieuwe jaar in.

Wie de landelijke media heeft gevolgd weet het: de gevolgen van corona waren voor veel kinderen heftig. Zo erg dat de jeugd-ggz overspoeld raakte met kinderen die stopten met eten, die ernstig depressief werden en zelfs suïcidaal.

Covid heeft de scheidslijnen verdiept

Afgelopen vrijdag sprak Kim Putters op het congres waar mijn voorganger Jacobine Geel afscheid nam. Hij zei rake dingen, ook over de gevolgen van de corona-pandemie. Ik citeer: “De groepen die we al voor de crisis als kwetsbaar in beeld hadden werden het hardst geraakt. De bestaande scheidslijnen lijken te zijn verdiept. Er bestaan in Nederland, onder andere naar opleidingsniveau, forse scheidslijnen, met gevolgen voor levensverwachting en gezonde levensjaren, maar ook kansen op werk en perspectief voor de toekomst. (...) De ongelijkheid en hardnekkige verschillen zijn niet door covid gekomen, maar covid heeft het onder een vergrootglas gelegd en voor sommigen erger gemaakt.” Na elke diepe crisis, aldus Kim Putters, ijlen de sociale en psychische gevolgen nog lang na. Hij schat in dat het sociaal domein en de ggz dit nog jaren in hulpvragen zullen merken. En dat terwijl de mentale gesteldheid van onze samenleving en ook wat dat doet met de sociale verhoudingen en het onderling en institutioneel vertrouwen volgens Putters te lang op de achtergrond een rol heeft gespeeld. “Nog altijd blijft het

mentale deel van onze volksgezondheid stelselmatig ondergeschikt aan het somatische deel, terwijl de persoonlijke en maatschappelijke gevolgen van mentaal lijden hoog zijn.”

Tot zover Kim Putters – er zijn hier mensen in de zaal die zijn indrukwekkende bijdrage live gehoord hebben, afgelopen vrijdag. Voor de anderen: hij heeft mij beloofd dat hij er een artikel van zal maken.

.... maar de problemen waren er al

Inderdaad, covid heeft de problemen aangescherpt. Het beroep op de ggz is het afgelopen jaar met 12% gegroeid – gemiddeld. Maar tegelijk: die problemen waren er ook al voor covid. Ook toen groeide het beroep op de ggz snel. Ook toen waren er wachtlijsten. Waren er jongeren in de knel en moesten ernstig depressieve mensen soms maanden wachten op hulp. Groeide het aantal daklozen en mensen met schulden. En ook toen maakte de stapeling van problemen dat oplossingen alleen domeinoverstijgend kunnen worden aangepakt, met inzet van de ggz, en ook van het sociaal domein, gemeenten, woningbouwverenigingen, jongerenwerkers, verzekeraars - enzovoort.

Eenkennigheid als luxe

Is dit wel een zorgprobleem? Zijn mentale problemen vaak niet gewoon maatschappelijke problemen? Moet de toenemende vraag dan wel betaald worden uit zorggelden en premiegeld? De vraag daarachter is natuurlijk: hoe stoppen we die groei? Hoe houden we de zorg betaalbaar? Waar eindigt dit?

Eén maand ben ik nu voorzitter van de Nederlandse ggz. Maar ik ben met overtuiging ingestapt op de missie die stáát: de best mogelijke ggz, op tijd en op maat, voor iedereen die het nodig heeft. Met daarnaast de ambitie om alles te doen om de wachtlijsten weg te werken, kindermishandeling te voorkomen, de stigma's van psychische problemen aan te pakken en zelfdoding terug te brengen naar nul – niemand sterft radeloos en eenzaam door zelfmoord. En dat alles met een houdbare, financiële onderbouwing. Toe maar, hoor ik u denken. En ja, het is groots. En nodig.

In dat belangrijke rapport dat de WRR vorige maand heeft gepubliceerd wordt nog eens onderstreept dat de grenzen van ons zorgsysteem in zicht zijn, economisch en waar het gaat om het aantal mensen dat we voorhanden hebben om erin te werken. Dat daarmee de kwaliteit onder druk komt en de betaalbaarheid. Het is waar. We lopen vast. En er is van het BNP ook geld broodnodig voor andere grote zaken en voor het gewone dagelijkse leven. Maar tegelijk zeg ik: als we niet kijken waar dat groeiend beroep op zorg vandaag komt en wat we belangrijk vinden bij het verlenen van zorg, belanden we in een botte bezuinigingsoperatie die heel veel

kosten elders oplevert en niet onbelangrijk voor een beschaafd land, kwetsbare mensen aan hun lot overlaat.

Pieter Hasekamp zei het in de column die we vooraf aan dit zorgcongres kregen toegezonden: het recept voor beter gezondheidsbeleid ligt in een gelijktijdige en integrale aanpak op andere terreinen: het terugdringen van kansenongelijkheid, het verkleinen van de tweedeling op de arbeidsmarkt, de aanpak van problematische schulden en het verbeteren van de leefomgeving. Nee, dat zijn geen zorgproblemen. Maar ze hebben wel grote invloed op de gezondheid van mensen. En dus is het nodig en verantwoord om de gelden voor zorg sectoroverstijgend in te zetten – en dat ook van anderen te vragen. Eenkennigheid is een luxe geworden.

Weg met de schotten, de regels en het oerwoud van de regio-indeling

Succesvolle voorbeelden van samenwerking zijn er te over. Vorige week was ik op werkbezoek in Den Haag, Bij Parnassia, in de Nectarinestraat. Jurgen Verbeeck, psychiater en bestuurder zorg voor de regio Haaglanden, maakte in juli mee hoe een van zijn bewakers en een psychiater werden aangevallen door een ernstig verwarde cliënt. De bewaker overleed, de psychiater moest ernstig gewond naar het ziekenhuis. Zoiets is nooit helemaal te voorkomen, zei hij. Verwarde personen zullen er altijd zijn. Maar via de integrale wijkteams, de i-GGZ, zijn er indrukwekkende resultaten. De gemeente Den Haag en Parnassia werken samen in een

geïntegreerd aanbod van vroegtijdig signaleren, diagnostiek, toeleiding, behandeling, zorg en ondersteuning. Ook áchter de voordeur, op het moment dat de mensen nog niet in zorg zijn, zoals dat heet. Nauwe samenwerking en combinaties van medische en sociale interventies zorgen ervoor dat cliënten minder eenzaam zijn, zichzelf beter kunnen redden en een betere gezondheid hebben, psychisch en lichamelijk, en dat er maatschappelijk winst is met veel minder verwarde personen, minder crisissen – de politie hoeft er niet met zwaailicht heen - minder huisuitzettingen - dat kost 60.000 euro per keer - en minder overlast - onbetaalbaar. En dat tegen minder kosten voor zorgverzekeraars, WMO en nog veel meer.

Er zijn ook geweldige voorbeelden van samenwerking tussen zorgverzekeraars en regionale aanbieders om de wachtlijsten terug te dringen. Tussen wetenschap en werkvloer om innovatie te realiseren. Tussen huisartsen en instellingen voor vroegsignalering en consultatie, en ook wat betreft leefstijlverandering. Maar er staan te vaak wetten in de weg en praktische bezwaren. En er zijn veel te veel schotten en veel regels. De ggz heeft te maken met vijf stelselwetten, de Zorgverzekeringswet, de Wet Langdurige Zorg, de Jeugdwet, de WMO en de Wet Publieke gezondheid en de Wet Forensische Zorg. Wij zijn er erg aan toe dat er voor die wetten dezelfde regio-indeling komt, want nu is het in de aanbesteding en in de verantwoording voor onze professionals niet te doen. De ZvW en de WLZ hebben 32 zorgkantoorregio's, er zijn 46 regionale werkstructuren voor preventie, ggz en ouderenzorg, 42 regio's voor de Jeugdwet,

de WMO werkt met 355 gemeenten en voor de wet Publieke Gezondheid bestaan er 25 GGD/GHOR veiligheidsregio's. Zie dan nog maar eens de juiste zorg op de juiste plek te krijgen.

Ogen op de bal

Evengoed zijn er legio voorbeelden waar we het goed geregeld krijgen. Wetten uit de weg helpen kan alleen de wetgever – waar dat nodig is mobiliseren we die graag. En die praktische bezwaren - die zijn heel vaak te verhelpen met de eendrachtige samenwerking van de partijen hier in de zaal.

Vijf voorbeelden van waar dat goed gaat – en soms nog beter kan:

1. Allereerst: dat bijzondere moment van het begin van de coronacrisis. Gestolde tegenstellingen werden ineens vloeibaar. *We wilden* zorg blijven verlenen, ondanks die verlamme pandemie. Veel schotten waren opeens verdwenen, samenwerking werd mogelijk. Alles staat of valt met goede wil en flexibiliteit. En ja, het oude normaal is heel hardnekkig. Maar laten we hier alsjeblieft de manier vasthouden waarop we de bakens hebben verzet.
2. Dan de wachtlijsten, het veelkoppig monster, ook in de ggz. Verwijzers, aanbieders en financiers spannen zich samen in om mensen tijdig passende zorg te verlenen. De regionale aanpak gaat vruchten afwerpen en het inzetten van onafhankelijke versnellers helpt om partijen samen te laten werken. Kijk naar de transfertafels, in

Rotterdam bijvoorbeeld en in Brabant, die wachtlijsten echt verkorten. Maar ook de huisartsen zijn ontegenwoordig belangrijk. Met een prestatie voor de coördinatiefunctie en consultatiefunctie werkt de smeerolie tussen de stelsels beter en komen mensen eerder op de plek waar ze het beste zorg kunnen krijgen. Tijd om die transfertafels overal uit te rollen en de consultatiefunctie te regelen!

3. Preventie. Er zijn prachtige samenwerkingen tussen verzekeraars, aanbieders, gemeenten en andere partijen. Voor inzet op vroegpreventie en op leefstijl. Goede projecten met klinkende resultaten. Maar hoe krijgen we die projecten opgeschaald? Hoe krijgt een leefstijlapp duurzame financiering? Mooi als een pilot geweldig veel kennis oplevert, maar hoe zorg je dat dat landt in het veld? Daar zijn nog veel stappen in te zetten – gezamenlijk.
4. De Jeugdhulp. Nu zitten kinderen in ernstige problemen maar al te vaak zonder zorg. Er is door veel partijen geijverd voor meer middelen om de decentralisatie te repareren. Maar financiën mogen niet het allesbepalende ijkpunt zijn. Ook hier is domeinoverstijgende samenwerking een geweldige kans voor betere jeugdzorg en jeugd-ggz, die ook nog eens veel goedkoper is. Met gespecialiseerde jeugdzorg die bovenregionaal verleend en bekostigd wordt. Het is nodig om naast de rekensommen met de hervormingsagenda vooral een inhoudelijke verbetering van de jeugdhulp te realiseren. Als we de inhoud leidend

laten zijn en we eerder en beter in de jonge jaren van mensen de dingen kunnen doen die nodig zijn, dan levert dat later winst op, wat betreft gezondheid en ook financieel.

5. En als laatste voorbeeld datgene waar we in de afgelopen maand een succesvol gezamenlijk trackrecord hebben: de arbeidsmarkt. Dankzij inspanningen van alle kanten kwam er 675 miljoen voor de middeninkomens, een commitment aan het SER-advies. ‘De eerste stap van een demissionair kabinet’ noemde iemand het. Nu komt het er op aan dat we niet allemaal elkaars concurrent worden in de werving van de schaarse werkers in de zorg, dat we ze loopbaanperspectief bieden, ontwikkeling en uitdaging in plaats van uitputting. De jonge arts Emma Bruns deed afgelopen zaterdag in NRC een hartenkreet. “De drang naar controle vanuit instanties die niet zelf actief zijn op de werkvloer heeft geleid tot een systeem waarin de papieren patiënt soms belangrijker lijkt dan de patiënt die voor je zit” schreef ze. Dus ook hier: minder regels en verantwoording. Ook daar hebben we samen een klus te klaren.

Wat verbindt al die voorbeelden? Wat is de rode draad? Het gaat om spelhouding. Ogen op de bal, effectief samenspel, doelgericht. Vertrouwen op de professionaliteit en de inzet van de ander. En soms met wat coulance en flexibiliteit om dát te bereiken waar je samen voor staat – goede zorg voor mensen. Dat kunnen wij.

Slot

Tot slot. Het is datgene waar Nederlanders het minst graag over praten, het grootste taboe bleek uit onderzoek: psychische klachten. Maar intussen waren in 2020 in Nederland ruim een miljoen mensen in behandeling bij de ggz. Zeven op de tien Nederlanders krijgt ergens in zijn leven te maken met psychische problemen, door rouw, een traumatische gebeurtenis of werkdruk bijvoorbeeld. Dertig procent van het ziekteverzuim heeft een psychische achtergrond. En dat zijn cijfers van vóór de pandemie. “Na covid weet elke Nederlander in meer of mindere mate wat isolatie, eenzaamheid of stress met een mens kan doen” zei Kim Putters vorige week. Elke Nederlander, heel veel jongeren, de vrienden van mijn kinderen. Tegelijk noemt Putters het een enorme kans. Hij pleitte ervoor om de ggz als onlosmakelijk onderdeel op te nemen in het nieuwe sociaal contract van onze samenleving, waar mensen op kunnen rekenen. Dat lijkt mij heel goed. Ook om groei van de behoefte aan ggz-zorg te voorkomen en kwalitatief goede zorg te garanderen voor de mensen die het nodig hebben. Niet voor niets wil de Nederlandse ggz een mentaal veerkrachtige, inclusieve en veilige samenleving, waarin ieder mens telt. Dat vraagt inzet van iedereen. Niemand uitgesloten!