

H K J E S G E D R A G

in de GGZ



Inhoudsopgave



Hokjesgedrag in de GGZ

De GGZTotaal van maart: de verkiezingen

[Naar artikel](#)



Duizenden moties, veertig over de GGZ

Is de politiek eigenlijk wel in de GGZ geïnteresseerd?

[Naar artikel](#)



Van brede visie tot 'schieten zonder iets te raken'

De Politieke Partijen in de afgelopen vier jaar over de GGZ. Een impressie

[Naar artikel](#)



"Toon leiderschap in destigmatisering en maak preventie mogelijk!"

Zes GGZ-bestuurders en hun wensen voor een nieuw kabinet

[Naar alle wensen](#)



Breed protest tegen ROM-vragenlijst als benchmark in de GGZ

Bart Vuijk tekent voor- en nadelen van de ROM op

[Naar artikel](#)



Op de stoel van: de systeemtherapeut

Margot Spelbrink, systeemtherapeut bij de ParnassiaGroep

[Naar artikel](#)

Vernieuwd

Gedicht Gisele Vranckx

[Naar gedicht](#)

Enkeltje NL

Column Niki Stoker

[Naar column](#)

Er zit teveel ruimte tussen de GGZ-hokjes

Column Willem Gotink

[Naar column](#)

'Vergeten slachtoffers', van Marco Gietema en Cecile aan de Stegge

Recensie Johan Atsma

[Naar recensie](#)

Hokjesgedrag in de GGZ: De GGZTotaal van maart: de verkiezingen

Met de verkiezingen in zicht kunnen - en willen - we ons niet onttrekken aan een beschouwing over de politiek. Anders dan onze collega's van de Kieswijzer ([kiesvoorgz.nl](#)) kijken we daarbij vooral wat de verschillende partijen de afgelopen vier jaar hebben betekend voor de GGZ. In dit geval geven resultaten uit het verleden misschien iets meer garantie voor de toekomst dan verkiezingsbeloftes. Want de partijen zijn het er allemaal over eens dat de GGZ beter moet, met minder bureaucratie, met efficiëntere middelen, met minder stigma's en met beter en gekwalificeerder personeel. Lieten ze dat de afgelopen kabinetperiode ook merken? We probeerden daar achter te komen.

In één opzicht hadden we het makkelijker dan de initiatiefnemers van de kieswijzer: zij weten niet welke partijen straks in de Kamer zitten, wij weten dat van de afgelopen periode wel. Lastiger is of we de (maar liefst) zes afsplitsingen mee moesten nemen in onze beschouwingen. We hebben dat, op een enkele opmerking hier en daar na, niet gedaan. Elf partijen is al ingewikkeld genoeg.

In een ander opzicht hadden we het moeilijker dan de opstellers van de Kieswijzer: in politiek Den Haag wordt harder gewerkt dan soms wordt gesuggereerd en er wordt veel gepraat. We ontkwamen er dan ook niet aan keuzes te maken. We hebben dat zo transparant mogelijk gedaan, om in Haagse termen te blijven, maar keuzes blijven keuzes, en zijn dus discutabel.

Zo hebben we ons afgevraagd welke partijen het meest betrokken leken bij de GGZ, welke partijen het meest geïnformeerd leken, welke partijen zich hard maakten voor welke zaken.

Ook vroegen we een aantal bestuursleden uit de GGZ en patiëntenorganisatie naar hun wensen voor het komende kabinet. En zo kwamen we héél voorzichtig tot iets wat bijna op een stemadvies lijkt. Legt u er vooral de kieswijzer naast.

Een heel andere vorm van democratie: de petitie. Menno Oosterhoff startte vorige maand een petitie tegen Routine Outcome Monitoring, kortweg ROM. Niet omdat hij tegen kwaliteitsmeting is, wel omdat hij vindt dat de ROM daar niet voor geschikt is. Bovendien wordt de ROM ook als benchmark gebruikt en daar is hij al helemaal niet voor geschikt. Bart Vuijk sprak met Menno Oosterhoff, maar vond elders ook argumenten vóór de ROM en tegen de petitie.

Uiteraard hebben we onze vaste rubrieken: Johan Atsma recenseert het boek 'Vergeten slachtoffers' van Marco Gietema en de onlangs geridderde Cecile aan de Stegge; Niki Stoker beschrijft hoe haar verhuizing naar Afrika uitliep op een deceptie; Gisele Vranckx publiceert haar gedicht 'Vernieuwd'; Margot Spelbrik miste in ons vorige magazine de systeemtherapeut en zet dat alsnog recht. De rubriek 'Oude Kranten' tenslotte is deze maand onderdeel van het verkiezingsmagazine met de vraag: welke partij haalde in deze kabinetsperiode de pers met de GGZ? ●



DUIZENDEN MOTIES, VEERTIG OVER DE GGZ

Is de politiek eigenlijk wel in de GGZ geïnteresseerd?

Natuurlijk, als er een incident is geweest met een 'verwarde man', een ernstig incident in een psychiatrisch ziekenhuis, de politie melding doet van een toename van het aantal incidenten met 'verwarden', kortom als er incidenten zijn, dan reageert de politiek. Scoringsdrift, het hoort er een beetje bij, tenslotte moet je ook aan je kiezers laten zien wat je er van vindt.

Maar verder, als het gaat om zoeken naar oplossingen voor de problemen die er echt wel zijn, geven de politici dan blijk van interesse? Zijn ze aanwezig als er géén incident is, maar een bredere blik verwacht wordt? We keken het na aan de hand van de aanwezigheid bij het zogenaamde Algemene Overleg die over de GGZ gaan. We vonden in totaal zes van dergelijke Algemene Overleggen voor de GGZ. De

zevende, over de Jeugd-GGZ, was te laat om nog in deze GGZTotaal mee te nemen.

(Een Algemeen Overleg is een overleg rondom één onderwerp, waar in een wat kleinere kring met de Minister of staatssecretaris kan worden overlegd over één onderwerp. Kamerleden zijn aanwezig die het onderwerp in de portefeuille hebben, meestal één van elke partij.)

We keken ook naar het aantal ingediende moties.

Per jaar worden er duizenden ingediend, we vonden slechts veertig moties die een GGZ-thema als onderwerp hadden.

Kleine partijen: de PvdD (2 zetels), en 50+ (2 zetels, na splitsing tweemaal één zetel)

Beide partijen waren geen enkele keer aanwezig. Op zich niet verwijtbaar, er wordt in politiek Den Haag veel vergaderd en het is fysiek onmogelijk om overal bij te zijn als je alleen of met z'n tweeën bent. Henk Krol (50+) heeft dat in de pers vaak naar voren gebracht. Het zegt natuurlijk wél iets over de prioriteiten die je stelt: blijkbaar niet de GGZ. Beide partijen waren samen goed voor 5,3 % van alle moties. Geen enkele daarvan ging over de GGZ.

Ietsjes groter: SGP (3 zetels), Groenlinks (4 zetels) en de ChristenUnie (5 zetels)

Aanwezigheid: SGP en Groenlinks, beiden twee van de zes keer, de ChristenUnie vier keer. Blijkbaar groeien de mogelijkheden inderdaad bij een groei van het aantal zetels. Eerlijkheidshalve moet gezegd dat de

CU tweemaal zo vaak aanwezig was als beide andere partijen. De SGP liet zich ook minstens eenmaal nadrukkelijk vertegenwoordigen door de CU. Dat geeft de indruk dat de betrokkenheid van deze drie partijen bij de CU het grootst is, iets minder bij de SGP en nog iets minder bij Groenlinks. Samen goed voor 26 % van alle moties. Vier-en-een-half gingen over de GGZ (gemeenschappelijk ingediende moties hebben we verdeeld over de indieners)

Tussen klein en groot: D'66 (12 zetels), CDA (13), SP (15) en PVV (15 zetels, 12 na afsplitsingen)

Voldoende zetels om steeds aanwezig te zijn, zou je denken. Inderdaad zijn D'66, CDA en SP zes van de zes keer aanwezig. De PVV niet. Mevrouw Klever is op het eerste Algemene Overleg na de verkiezingen present en houdt het daarna voor gezien. Er komt ook geen vervanger.

D'66: 13 % van alle moties waarvan 9,5 over de GGZ (bijna 25 % van de GGZ moties);

CDA: 11 % van alle zetels waarvan 7,5 over de GGZ (ongeveer 18 % van de GGZ moties)

PVV, 8 % van alle moties, geen enkele over de GGZ.

De regeringspartijen VVD (41 zetels, later 40) en PvdA (38 zetels, eindigt met 35)

Beide zijn telkens aanwezig, zij het met wisselende Kamerleden. Ze hebben dan ook voldoende zetels om de taken te verdelen én ze zijn het, als regeringspartij, aan hun stand verplicht.

Saillant detail: Dhr Kuzu is portefeuillehouder zorg voor de PvdA en is als zodanig bij het eerste Algemene Overleg aanwezig. Daarna splitst hij zich af, formeert DENK, en laat zich bij de overleggen over de GGZ niet meer zien.

VVD: 6,5 % van alle moties, een halve over de GGZ (iets meer dan één procent van de GGZ moties)

PvdA: 13,4 % van alle moties, drie-en-een-halve over de GGZ (bijna 9 % van de GGZ moties) ☒

Van brede visie tot ‘schieten zonder iets te raken’

De Politieke Partijen in de afgelopen vier jaar over de GGZ. Een impressie

Willem Gotink

Het is niet eenvoudig om een samenvatting te maken van de standpunten van de politieke partijen in de afgelopen vier jaar. In de Algemene Overleggen (waar we in dit artikel uit citeren), speelt meer dan eenvoudigweg de opvatting hoe de GGZ beter kan en moet. Er worden slagen om de arm gehouden, met meel in de mond gepraat, vliegen afgevangen en zout in wonden gewreven.

Formuleringen zijn afhankelijk van de vraag of je coalitiepartner bent of in de oppositie zit: de minister val je niet zomaar af als je deel van de regering bent. Als je in de oppositie zit natuurlijk wél. Een impressie uit politiek Den Haag, op basis van zes keer een Algemeen Overleg en aan de hand van drie van de talloze issues uit de GGZ: bureaucrativering, ambulantisering en de eigen bijdrage.

Kijk hier welke partij hetzelfde met de GGZ wil als jij:
kiesvoorggz.nl

Links naar de notulen van het Algemeen Overleg en de uitzendingen van Kamerdebatten
[Algemeen Overleg GGZ 13 juni 2013](#)
[Algemeen Overleg GGZ 21 januari 2015](#)
[Algemeen Overleg GGZ 21 mei 2015](#)
[Algemeen Overleg GGZ 3 december 2015](#)
[Algemeen Overleg GGZ 26 mei 2016](#)
[Plenair debat 25 juni 2016: wachttijden in de Jeugd GGZ](#)
[Algemeen Overleg GGZ 24 januari 2017](#)
[Plenair debat 2 februari 2017: Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg](#)

De oppositie

Los van de vraag of je het eens bent met de partijlijn is de SP verreweg het meest kritisch geweest op het regeringsbeleid ten aanzien van de GGZ en zeer activistisch in het vinden van onderbouwing van die kritiek. Voorbeeld daarvan is het [onderzoek](#) dat de partij in december 2015 deed onder ruim 1000 medewerkers in de GGZ. Conclusie: zeven van de tien vindt dat het tempo waarin het aantal plekken in de instellingen wordt afgebouwd onverantwoord is en dat het aantal verwarde personen op straat toeneemt door de bezuinigingen.

De SP zat in de oppositie en dat maakt het soms gemakkelijk scoren. Minister Schippers daarover: *“Als ik besluiten neem, krijg ik vaak het verwijt van mevrouw Leijten dat ik onvoldoende naar het veld luister, dat ik als een olifant door een porseleinkast banjer en dat ik met ambtenaren een papieren werkelijkheid creëer. Ik zeg nu dat ik heel tevreden ben over de samenwerking met het veld tot nu toe en dat ik die samenwerking en de stem van het veld zo serieus wil nemen dat ik uitstel wil. Ik wil heel graag hun opinie horen. Maar dan is het weer niet goed! Ik vind dat heel verwarrend.”* (Algemeen Overleg 13 juni 2013)



Leendert De Lange (VVD):
Voor het welzijn van de betrokken persoon is het niet goed om in een politieel te zitten in afwachting van hulpverlening. Graag daar actie op.

Renske Leijten (SP):
Ik deel die oproep natuurlijk geheel. Ik hoor graag uit de mond van een VVD'er dat het nu afgelopen moet zijn. Maar hoe dan? (...) Zou de VVD de oproep die de SP zo gaat doen aan de Minister om in acute situaties de bureaucratie rond de verwijzing op te heffen, willen steunen? Want zeggen dat het nu afgelopen moet zijn, is te weinig. (...)

Leendert De Lange (VVD):
Reageren op een punt dat u nog gaat inbrengen, is wat lastig. Misschien is het beter om daar straks op in te gaan. (...)

Renske Leijten (SP):
Ik vind het een slim trucje om te zeggen dat u er pas op in kunt gaan als ik het voorstel heb gedaan. Ik neem gewoon het voorstel van de politie over tijdens het rondetafelgesprek, waar de heer De Lange bij was. (...)

Leendert De Lange (VVD): (...) Ik vind het wel van belang dat we de mensen uit de praktijk met de oplossingen laten komen. We moeten oppassen om hier oplossingen te bedenken.

(Leendert De Lange (VVD) en Renske Leijten (SP) in het algemeen overleg van 21 mei 2015)

Ook de PVV zat in de oppositie, maar lijkt zich minder druk te maken over de GGZ. Dat blijkt onder andere uit de afwezigheid tijdens vijf van de zes Algemeen Overleggen. Die ene keer dat ReINETTE Klever wél aanwezig is, maakt haar betoog een weinig gefundeerde indruk:

“De geestelijke gezondheidszorg in Nederland kan een stuk beter en een stuk goedkoper. Er moet per direct een einde komen aan het vergoeden van meditatie trainingen, Inca-inwijdingen, reïncarnatietherapie, zielsresonantie en meer van dit soort kwakzalverijbehandelingen. Op de minister rust de verantwoordelijkheid dat er uitsluitend goede en betrouwbare zorg in het basispakket zit, en daar schort het helaas aan.”

Het levert haar hoon op van de andere partijen:

Arnoud Rutte (VVD): Waarop baseert mevrouw Klever de uitspraak dat al deze vormen van kwakzalverij gedekt zijn in het kader van de basisverzekering?

ReINETTE Klever (PVV): Het klopt dat ze niet allemaal in de basisverzekering zitten, maar er komen nog heel veel vormen voor van upcoding en sjoemelen met declaraties, waardoor deze zaken gedekt worden vanuit de basisverzekering. Wat te denken van een kliniek die haar cliënten voorhoudt dat kanker psychosomatisch gerelateerd kan zijn en dat emotionele blokkades de voorbode van kanker zijn? (...)

Arnoud Rutte (VVD):(...) mevrouw Klever gaat gewoon door met haar bewering over behandelaars die mensen aanpraten dat zij een sociale barrière hebben waardoor ze kanker zouden kunnen krijgen. Waarop baseert zij haar uitspraak dat dit soort behandelingen in het kader van de basisverzekering in ons land vergoed worden?

ReINETTE Klever (PVV): Nogmaals, ik heb hier een aantal artikelen waaruit duidelijk naar voren komt dat allerlei van dat soort therapieën vergoed worden. En over psychosomatische klachten die kanker zouden kunnen veroorzaken, hebben wij een melding gekregen op ons fraude-loket die ik ook aan de minister heb overhandigd.

Hanke Bruins Slot (CDA): De PVV heeft een lange traditie van het in twijfel trekken van het nut van de geestelijke gezondheidszorg. Het CDA deelt dit totaal niet. (...) Is dit nu een oproep van mevrouw Klever om de adviezen van het CVZ over het basispakket nader te gaan onderzoeken? *ReINETTE Klever (PVV):* Als mevrouw Bruins Slot heel even geduld heeft, kom ik later in mijn termijn op onze oplossing hiervoor.

Hanke Bruins Slot (CDA): Dan concludeer ik maar dat mevrouw Klever aan het schieten is zonder iets te raken. (Uit het Algemeen overleg van 13 juni 2013)

De andere grote oppositiepartijen, D'66 en CDA, maken een meer betrokken en meer ingelezen indruk. Dat geldt ook voor de ChristenUnie, die ondanks de slechts vijf zetels, bijna elk overleg aanwezig was. Als voorbeeld van het overzicht dat deze partijen laten zien, het (hier sterk ingekorte) betoog van Hanke Bruins Slot (CDA) in het eerste Algemeen Overleg van deze kabinetsperiode op van 13 juni 2013. Het omvat bijna de hele GGZ. Ook D'66 als de ChristenUnie hebben een dergelijke uitgebreide visie op de GGZ. “Voorzitter. De geestelijke gezondheidszorg is een van de dragende muren van de gezondheidszorg. Mensen in de GGZ leveren ook een belangrijke bijdrage aan het welzijn en de gezondheid van cliënten. Het is een heel goede ontwikkeling dat in de GGZ steeds meer wordt gekeken naar gezondheid en gedrag in plaats van naar ziekte en zorg. (...)”

Bruins Slot bespreekt vervolgens de DSM-5 (“Critici zeggen over de DSM-5 dat het gevaar van overbehandeling en overdiagnose op de loer ligt”); de consultatieve functie van de huisarts; de verpleegkundig specialist als mogelijke hoofdbehandelaar; (“er is enorme ruzie ontstaan over de invulling van de veldnorm en het hoofdbehandelaarschap”); de ‘inrichting van het huis en de manier waarop de verschillende verdiepingen met elkaar verbonden zijn’ en de positionering van de POH-GGZ vanuit de instellingen.

De kleinere oppositiepartijen zijn niet (PvdD en 50+) of weinig (GroenLinks, SGP) aanwezig bij het Algemeen Overleg. Hun inbreng komt daardoor in dit artikel niet of nauwelijks aan bod.

De regeringspartijen

Als regeringspartij bij een VVD-minister is het voor de PvdA soms op eieren lopen. De uitgangspunten van de beide partijen ten aanzien van de zorg verschillen nou eenmaal. Dat verklaart wellicht waarom Tunuhan Kuzu in het enige Algemeen Overleg waarin hij woordvoeder is (namelijk 13 juni 2013), een breed palet problemen voorlegt, zonder echt kritisch te zijn. "Omdat de resultaten positief zijn, is het voornemen om de rol van de POH-GGZ te versterken. In de praktijk zien wij echter dat dit handel is geworden. Sommige POH's-GGZ zijn in dienst van de huisartsenpraktijk, maar nog meer worden er gedetacheerd door bemiddelaars en zelfs GGZ-instellingen. Dat laatste vinden wij een kwalijke ontwikkeling, omdat GGZ-instellingen er baat bij hebben dat zo veel mogelijk patiënten worden doorverwezen naar de eigen instelling. (...)

(...) de explosieve groei van de kosten in de GGZ een halt moet worden toegeroepen. Dat moet wat ons betreft gebeuren door het tegengaan van zinloos medisch handelen, het tegengaan van verspilling en het verminderen van de praktijkvariatie. (...)

(...) de definitie van «hoofdbehandelaar» verder moet worden aangescherpt, om ervoor te zorgen dat een patiënt door de juiste behandelaar wordt behandeld. (...) Helaas loopt de GGZ ver achter in het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg. Een van de acties die het veld zelf heeft ondernomen, is het invoeren van de ROM-methode (Routine Outcome Measurement). (...)"

De VVD tenslotte, als regeringspartij bij de eigen minister, zal die minister moeten verdedigen, ook al is dat soms lastig.

"Volgens mij waren dat vooral heel veel constateringen. Ik ben het in ieder geval met u eens dat er op heel veel plekken hard wordt gewerkt en urgentie is. Het aanjaagteam gaat over in een schakelteam. Als je die inzet neerzet als 'over de schutting gooien', is dat een verkeerde kwalificatie van al het werk dat hier wordt gedaan met een goede doorvertaling naar al die aanpakken die in het land worden gekozen door al die mensen binnen gemeenten, politie, wijkteams en GGZ om dit voor elkaar te krijgen. Dat lijkt mij niet de goede kwalificatie voor het werk waarvoor ik mijn waardering uitspreek." (Leendert de Lange, Algemeen Overleg 24 januari 2017)

Over bureaucratiesering, ambulantisering en het eigen risico

Natuurlijk hadden we drie andere onderwerpen kunnen kiezen. De wachtlijsten, de hoofdbehandelaars en de invloed van de verzekeraars. Of nog drie anderen: stigmatisering, de Wet Verplichte GGZ en de Jeugdzorg.

We kozen voor bureaucratiesering, ambulantisering en het eigen risico (en de eigen bijdrage) omdat die het beste leken aan te geven hoe partijen over de GGZ dachten.

Wie het fijne er van wil weten: onderaan het artikel staan de linkjes naar de notulen van de algemene overleggen en naar enkele kamerdebatten.

Bureaucratiesering

Het onderwerp 'Bureaucratie in de GGZ' wordt, althans in een Algemeen Overleg, voor het eerst door Renske Leijten (SP) ingebracht op 21 januari 2015:

"Op dit moment vindt er een vorm van creatieve destructie plaats die tot zorgchaos in de GGZ leidt. Er is niet meer duidelijk welke hoofdbehandelaar voor welke dbc verantwoordelijk is. Iedere zorgverzekeraar heeft andere regels voor het openen van een dbc. Dat leidt ertoe dat patiënten veel vaker hun verhaal moeten doen, omdat ze het intakegesprek met de verkeerde therapeut gehad hebben. Dit alles leidt tot extra bureaucratie. Het leidt niet tot betere, maar tot slechtere zorg. Het leidt ertoe dat patiënten afhaken, omdat ze niet nog een keer hun verhaal willen doen en dat de instellingen dan zonder financiering zitten. Die kunnen namelijk de gevoerde gesprekken niet declareren, omdat de verkeerde hoofdbehandelaar de dbc heeft geopend. Chaos dus." (AO van 21 januari 2015)

Even later volgt Corinne Ellemeet van Groenlinks: "Ik ben erg blij te horen dat de Minister met de verzekeraars heeft gesproken over het standaardiseren van contracteisen. Het ontbreken daarvan is op dit moment een groot probleem voor de aanbieders en zelfs een van de oorzaken van de wachtlijsten, omdat steeds minder tijd en geld aan zorg wordt besteed en steeds meer aan bureaucratie. Op welke termijn kan de Kamer inzicht in en informatie over deze standaardisering krijgen?" (AO van 21 januari 2015)

Tunuhan Kuzu (PvdA):
Ik ben aan het einde van mijn tijd, terwijl ik nog één thema wilde benoemen, namelijk zorg en dwang. Ik hoop dat iemand mij daarover een vraag stelt!

Arie Slob (CU):
Het viel me op dat de heer Kuzu helemaal niet heeft gesproken over zorg en dwang. Heeft de Partij van de Arbeid daar geen opvattingen over?

Tunuhan Kuzu (PvdA):
Dank u wel, mijnheer Rouvoet!

De voorzitter:
Het is de heer Slob!

Tunuhan Kuzu (PvdA):
Dat was uw voorganger! Het spijt me verschrikkelijk! Ik heb de laatste tijd te veel gelezen over de heer Rouvoet; dat zal het zijn.

Tunuhan Kuzu (PvdA) en Arie Slob (CU) in het Algemeen overleg van 13 juni 2013

Grace Tanamal (PvdA):
(...) We hebben een streefpercentage van 30 als het gaat om de beddenafbouw. Ik heb niet kunnen achterhalen of we ook streefcijfers op het gebied van de opbouw van de ambulante zorg hebben. Zijn die er? Zo niet, kan daar dan voor worden gezorgd? (...)

Hanke Bruins Slot (CDA):
(...) Is mevrouw Tanamal dan ook bereid om, als we van de Minister moeten wachten op dat streefcijfer, tijdelijk de beddenafbouw stil te zetten en een pas op de plaats te maken om te voorkomen dat we van kwaad naar erger gaan?

Grace Tanamal (PvdA):
Nee, want het een staat los van het ander. De beddenafbouw hebben we zo afgesproken (...) het probleem is de ambulante zorg. Het is niet zo dat een deel van de mensen dat nu op straat loopt in de instellingen wordt opgenomen, nee, de ambulante zorg moet gewoon goed worden geregeld.

Hanke Bruins Slot (CDA):
(...) Ik begrijp daarom niet dat mevrouw Tanamal nu zegt dat daar geen verband tussen zit. Als dat zo is, heeft zij immers ook dat streefcijfer niet nodig.

Grace Tanamal (PvdA):
Daar zit wel degelijk een verband tussen. Maar het moet geregeld worden in de ambulante zorg. (...) Dat vind ik een juist uitgangspunt. Ik vind niet dat er, omdat de ambulante zorg op dit moment nog onvoldoende werkt, maar extra bedden moeten komen. Die ambulante zorg moet gewoon geregeld worden. Daar zit het probleem waarop we moeten inzetten.

Men is het met elkaar eens: het moet minder. Maar aan het eind van datzelfde jaar blijken er toch wat meningsverschillen. De VVD wil wel minder bureaucratie, maar eerst moet de GGZ de kwaliteitscontrole op orde hebben.

Leendert de Lange (VVD): (...) Wanneer een gedragen kwaliteitsstandaard voor de GGZ een feit is, ontstaat er ruimte om problemen rondom de administratieve lasten en bureaucratie te slechten, (...) en de overbodige regels binnen de GGZ en zijn partners. De VVD dringt er bij de GGZ-sector op aan om, zoals afgesproken, deze maand de kwaliteitsstandaarden op te leveren (...)

Grace Tanamal (PvdA): Hoe minder bureaucratie, hoe beter. (...) Huisartsen hebben zich erover beklaagd dat zij met alle kleine behandelaars contracten moeten afsluiten. Er zijn huisartsen die met wel 40 praktijken contracten moeten afsluiten. (...) Ik ben altijd voor minder bureaucratie, maar dan wil ik wel graag precies zien waar de bureaucratie precies wordt verminderd en dat het ook echt om bureaucratie gaat. Ik weet niet of de heer De Lange hetzelfde denkt als ik over wat bureaucratie is. (...)

Hanke Bruins Slot (CDA): Ik deel de opvatting van de VVD, de PvdA en de andere partijen hier aan tafel dat we keihard werk willen maken van het terugdringen van de bureaucratie. Iedereen kent de verhalen van mensen die gek worden van de regels in de zorg. Ik merk aan de manier waarop de heer De Lange de stappen neerzet, dat hij vindt dat eerst aan het een moet worden voldaan voordat aan het andere kan worden toegekomen. Ik zou het een uitdaging vinden om vandaag – daar is men al mee bezig – direct te starten met het verminderen van de onnodige regels en daar niet langer mee te wachten dan noodzakelijk is. (...)

Tsjitske Siderius (SP): (...) De administratieve handelingen voor controle moeten eenvoudig en uniform zijn, dus niet elke instantie zijn eigen normen (...). Het gaat erom dat er meer mensen zorg kunnen verlenen, dat er meer handen aan het bed zijn. Er werken best veel mensen in de zorg die niet echt zorg verlenen, maar die andere dingen doen, bijvoorbeeld het invullen of ontwerpen van al die formuliertjes waar wij vandaag een punt van maken.

Leendert de Lange (VVD): Dat is een heldere conclusie. Ik ben blij dat mevrouw Siderius aangeeft dat er veel mensen werkzaam zijn in de zorg en dat het er vooral om gaat dat het werk zo wordt ingericht dat het naar de zorg gaat. Een belangrijke oplossing is dat er aan de bureaucratiekant moet worden gewerkt. Vandaar het voorstel van de VVD. Ik ben benieuwd hoe de SP daarnaar kijkt.

Tsjitske Siderius (SP): Ik heb in mijn betoog aangegeven dat de mensen in de GGZ gek worden van de bureaucratie. Dat komt ook uit ons rapport naar voren. In elke instelling wordt een ander formuliertje gebruikt. Dat kan natuurlijk niet. Daar moet een oplossing voor komen. De SP heeft de Minister om een oplossing gevraagd, dus we delen het plan om aan de bureaucratie te werken. Het zou leuk zijn als de VVD en de SP hierin samen kunnen optrekken.

(Uit Algemeen Overleg 3 december 2015)

De reactie van minister Schipper is weinig hoopvol: "De administratieve lasten en bureaucratie zijn iedereen een doorn in het oog, ook mij. Ik zie hoeveel mensen zich bij de instellingen moeten buigen over allerlei administratieve lasten en allerlei bureaucratie. Daar

doen we al jaren wat aan. Het is treurig om te moeten constateren, maar ik loop al 25 jaar mee en zie dat iedereen al 25 jaar ongelooflijk gemotiveerd is om er iets aan te doen. De resultaten op papier zijn heel aardig, maar vallen in de praktijk op de werkvloer tegen." (Uit Algemeen Overleg 3 december 2015)

Ambulantisering

Onder andere in het Algemeen Overleg van 21 mei 2015 zijn er meningsverschillen over de veronderstelde toename van verwarde personen, de oorzaak daarvan en vooral de mogelijke oplossing. Moet de beddenreductie voorlopig gestaakt? Of moet juist de ambulante zorg gestimuleerd?

Pia Dijkstra (D'66) trapt de bal af: "...dat we allemaal wel zo'n beetje op dezelfde punten aanhaken. De fractie van D66 is zeer voor de ambulantisering van de GGZ: de zorg dicht bij huis, op een plek waar patiënten zich veilig voelen. Maar ik vind wel dat dit goed geregeld moet worden en dat de juiste passende zorg op het goede moment moet worden verleend aan patiënten. Het aantal incidenten met verwarde personen blijft toenemen. De Minister kan niet aangeven waardoor dat komt en of dat echt zo is. Maar psychiatriepatiënten die op straat leven en aangewezen zijn op de nachtopvang, waarna ze te maken krijgen met overvolle slaap- en eetzalen, terwijl ze juist enorm gebaat zijn bij rust en behandeling, dat is niet waar we naartoe willen en wat we willen zien"(...)

Hanke Bruins-Slot (CDA): In de afgelopen tijd kreeg het CDA steeds meer signalen dat in de GGZ de seinen op rood staan. De Minister blijft doordenderen op de ingeslagen weg. Het is tijd om achterom te kijken naar de mensen die in een achterstand achterblijven. Het is

crisis in de crisis-GGZ. Deze mensen zijn zichtbaar op straat, maar onzichtbaar in de zorg. Het zijn, zoals de politie het uitdrukte, slachtoffers en geen daders. Ze horen niet in de cel thuis. De mensen zijn verdwaald in de bureaucratie van de zorg en worden van het kastje naar de muur gestuurd.(...)

De Minister heeft al een paar keer aangegeven dat het eigenlijk wel meevalt met die wachtlijsten in de GGZ. Wat mij opvalt, is dat ik toch keer op keer vanuit verschillende hoeken signalen krijg dat mensen gewoon heel erg lang moeten wachten op hun behandeling.

Leendert de Lange (VVD) (...): In de afgelopen periode is de nadruk komen te liggen op de term 'verwarde personen'. Het is goed om te blijven benadrukken dat het hier gaat om een bredere groep dan alleen psychiatrische patiënten. Nuance werkt dan ook beter dan oneliners, als je stigmatisering wilt voorkomen. Huisvesting, werk, school, participatie en zorg moeten daarom nadrukkelijk deel uit gaan maken van de oplossingen voor mensen die buiten de boot vallen.

Grace Tanamal (PvdA): (...) De PvdA ziet heel graag dat er een basisketenaanpak komt, waaraan gemeenten gewoon moeten voldoen. Dan heb ik het over de GGZ, maar ook over huisvesting. Mensen zonder dak boven hun hoofd zijn de klos (...) We hebben een streefpercentage van 30 als het gaat om de beddenafbouw. Ik heb niet kunnen achterhalen of we ook streefcijfers op het gebied van de opbouw van de ambulante zorg hebben. Zijn die er? Zo niet, kan daar dan voor worden gezorgd? Iedereen kijkt namelijk naar elkaar en niemand weet precies wie waarvoor verantwoordelijk is. (...)

Hanke Bruins Slot (CDA): (...) Is mevrouw Tanamal dan ook bereid om, als we van de Minister moeten wachten op dat streefcijfer, tijdelijk de beddenafbouw stil te zetten en een pas op de plaats te maken om te voorkomen dat we van kwaad naar erger gaan?

Grace Tanamal (PvdA): Nee, want het een staat los van het ander. De beddenafbouw hebben we zo afgesproken. (...) het probleem is de ambulante zorg. Het is niet zo dat een deel van de mensen dat nu op straat loopt in de instellingen wordt opgenomen, nee, de ambulante zorg moet gewoon goed worden geregeld.

Hanke Bruins Slot (CDA): (...) te weinig ruimte is voor een bed op recept en time-outvoorzieningen, waardoor mensen die thuis in een crisis raken uiteindelijk geen zorg krijgen. Ik begrijp daarom niet dat mevrouw Tanamal nu zegt dat daar geen verband tussen zit. Als dat zo is, heeft zij immers ook dat streefcijfer niet nodig.

Grace Tanamal (PvdA): Daar zit wel degelijk een verband tussen. Maar het moet geregeld worden in de ambulante zorg. (...) het goed is om mensen ambulante te behandelen en hen zo lang mogelijk in de eigen omgeving te laten. Dat vind ik een juist uitgangspunt. Ik vind niet dat er, omdat de ambulante zorg op dit moment nog onvoldoende werkt, maar extra bedden moeten komen. Die ambulante zorg moet gewoon geregeld worden. Daar zit het probleem waarop we moeten inzetten.

(Uit het Algemeen Overleg van 21 mei 2015)

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):
(...) Wie het goedkoopst is, wint. Het moet zo goedkoop en zo snel mogelijk, als een soort Uber voor mensen met een psychisch probleem. (...) Vindt u ook dat het na acht jaar nu echt om zorg moet gaan die bij mensen past, of gaan we voor de laagste prijs?

De heer De Lange (VVD):
(...) Vervoer moet op een goede manier worden geregeld. Dan heb je daadwerkelijk wat aan de uitgaven. Volgens mij staat de kwaliteit dus voorop.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):
U zegt dat het goed geregeld moet worden. Dan is het natuurlijk wel de vraag wat goed is. (...) het goedkoopste wordt ingekocht en niet het beste. En goedkoop is duurkoop.

De heer De Lange (VVD):
(...) Ik pleit ervoor om te leren van de goede voorbeelden. Ik zie mooie voorbeelden in het land. Als het goed is, is het goed en dan moeten we het gewoon invoeren.

Mevrouw Voortman (GroenLinks)
Ik vond het een vrij heldere vraag van mevrouw Bouwmeester, maar volgens mij kreeg zij geen antwoord. Zij zei (...) dat de persoonlijke aanpak voorop moet staan en dat je daarna pas moet bekijken wat het kost, en dus niet andersom. Vindt de VVD dat ook, ja of nee?

De heer De Lange (VVD):
Volgens mij is de opzet van al deze vormen van vervoer (...) dat de persoonlijke aanpak vooropstaat. Volgens mij praten wij hier dus over vervoer in een ingewikkelde situatie dat in de kern mensgericht is. Het gaat om het verzorgen van humaan vervoer. Dat is het in de kern, punt.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):
(...) Het punt is natuurlijk dat maatgericht werk niet per definitie altijd goedkoper is. (...) Als het nu ook het uitgangspunt van de VVD is om eerst te kijken naar de persoon en naar datgene wat bij hem past en dan pas naar de kosten, zijn we het inderdaad met elkaar eens.

De heer De Lange (VVD):
Het pleidooi van de VVD is om gebruik te maken van de bestaande goede voorbeelden en om die tot het uitgangspunt te maken.

Grace Tanamal (PvdA):
De heer De Lange merkt op dat hij kritisch is over de meerwaarde van therapieën. (...) Betwijfelt hij dat er enige therapeutische meerwaarde zit aan vaktherapieën?

Leendert De Lange (VVD):
Dat klopt. De kritische blik betreft de uitkomsten en de effecten, en vooral de bewezen uitkomsten. (...) Er moet een veel stevigere onderbouwing komen van de uitkomsten.

Grace Tanamal (PvdA):
Het Zorginstituut Nederland is van oordeel dat vaktherapie onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg valt, waarop de norm «stand van wetenschap en praktijk» van toepassing is. Waar haalt de heer De Lange zijn kritische kijk vandaan?

Leendert De Lange (VVD):
Er is nog geen nader bewijs voor de werking en effectiviteit van vaktherapieën. (...) de nadrukkelijke afspraak dat de mate van effectiviteit meer in beeld moet worden gebracht. Dat lijkt mij een goede zaak.

Het eigen risico (en de eigen bijdrage)

Het eigen risico voor de GGZ is in het begin van deze kabinetsperiode afgeschaft. De eigen bijdrage voor de Jeugd GGZ nog niet. Het 'gewone' eigen risico en de eigen bijdrage voor de Jeugd GGZ bleven regelmatig onderwerp van discussie. De eigen bijdrage, of eigenlijk de afschaffing daarvan, is natuurlijk een paradepaardje van de SP, we laten hier GroenLinks even aan het woord.

Corinne Ellemeet (GroenLinks) in januari 2015: "Ik noem bijvoorbeeld het moeten betalen van een eigen risico wanneer mensen gedwongen zorg krijgen. Daarbij geldt immers dat het geen eigen keuze is om zorg al dan niet af te nemen. (...) Een ander voorbeeld waarvan de rechtvaardigheid mij ontgaat, is de eigen bijdrage voor de jeugd-GGZ. (...) Voor de zorg voor jeugdigen met een somatische aandoening geldt geen eigen bijdrage."

Ze krijgt nul op rekest van **Minister Schippers:** "Er zijn ontzettend veel zorgvormen die heel belangrijk zijn en toch onder het eigen risico vallen. Ik ben niet voornemens om delen van de zorg uit het eigen risico te halen"

Collega Voortman probeert het in januari 2017 nog een keer: "Wij vinden dat geld nooit een reden mag zijn om hulp die nodig is, te mijden. Het kabinet moet er dan ook alles aan doen om de drempels weg te nemen. Wij denken dan bijvoorbeeld ook aan het afschaffen van het eigen risico, want oplossingen als het gespreid betalen van het eigen risico zijn natuurlijk slechts schijnoplossingen. Het is goed dat de eigen bijdrage in de geestelijke gezondheidszorg wél is afgeschaft."

Maar **Minister Schippers** begint er niet meer aan: "Er is politiek een groot debat gaande over het eigen risico. Iedere partij heeft daar in het eigen programma standpunten over ingenomen. We zullen zien waar een nieuw kabinet dienaangaande mee komt".●

(Uit het algemeen overleg van 3 december 2015)

Uiteraard hebben wij ook aan de belangenorganisaties gevraagd wat zij hoopten dat het nieuwe kabinet zou doen voor de GGZ. We hebben onder andere Ypsilon en het Landelijk Platform GGz benaderd. Het is ons helaas niet gelukt om een reactie te krijgen.

Meer eigen regie voor de GGZ-patiënt in de nieuwe kabinetsperiode

Allereerst kies ik voor het perspectief van onze patiënten, niet onze organisaties: onze patiënten zijn gebaat bij continuïteit van zorg en bij goede toegankelijkheid. Het zou dus een mooi gebaar zijn als het eigen risico voor patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen komt te vervallen. Velen van hen hebben het materieel niet breed en alle extra kosten werken belemmerend voor het dagelijks leven en voor het zoeken van zorg.

Een tweede punt van heel andere orde is de onvoorstelbare fragmentatie waar onze patiënten mee te maken hebben. De oude uniformiteit van de brede en suffige AWBZ had voor onze patiënten zeker voordelen. Nu hebben een jeugdwet, een WMO, een ZVW, een WLz, een participatiewet, een bijstandswet en vele aanvullende subsidieregelingen. Al deze veranderingen zijn ooit gelegitimeerd door een 'beweging richting de burger' en veronderstelde doelmatigheidswinst door integratie van zorgsoorten. Dit is uitgelopen op een groot en ondoordringbaar doolhof. Voor hen wordt niets geïntegreerd, maar alles gefragmenteerd. Dit komt niet ten goede aan de behoeften en de context van de individuele patiënt. Het maakt het voor de patiënt moeilijker om zelf de regie te kunnen voeren en keuzes te maken. Natuurlijk zijn de medewerkers van de GGZ wel bezig voor iedere patiënt een route uit te stippelen door dit doolhof, maar het blijft het paard achter de wagen spannen.

Dus voor de komende kabinetsperiode graag meer maatregelen vanuit zorgnoodzaak en zorgcontinuïteit en minder vanuit de 'prijs per eenheid product', want dat is de bron van de fragmentatie.

Henrie Henselmans, Lid Raad van Bestuur GGZ Rivierduinen

Aandacht, de-stigmatisering, minder bureaucratie, onterechte framing en preventie

Een nieuw kabinet mag de Geestelijke Gezondheidszorg wel wat nauwer op de bril krijgen, het gaat nu vooral over 'De Zorg' in het algemeen. Er mag ook meer gedifferentieerd: geestelijke gezondheidszorg is tegenwoordig veel méér dan alleen 'De GGZ': Dimence heeft bijvoorbeeld een tak 'welzijn' en een forensische tak. Dat kun je niet zomaar over één kam scheren.

Op het gebied van de-stigmatisering mag een volgende stap gemaakt worden. Op een congres twee jaar geleden hebben Rutte en Schippers een mooie aftrap gemaakt, ik hoop dat een volgend kabinet dat opnieuw doet. Bijvoorbeeld door open te zijn over eigen psychiatrische problemen, of die van hun naasten. Ze kunnen daarin een voorbeeldrol vervullen.

Van een volgend kabinet verwacht ik ook dat het leiderschap toont in het terugdringen van de bureaucratie en niet alleen voor de bühne wat roept of naar de instellingen en de verzekeraars wijst. Het zou al schelen als er één format was voor alle inkoop en verantwoording. Dat de gemeenten verantwoordelijk zijn voor de Jeugdzorg vind ik een goed streven. Maar daar hoort een overgangssituatie bij en een overheid die systeemverantwoordelijk is.

Het verband dat steeds wordt gelegd tussen de afbouw van bedden en de toename van verwarde personen berust op onterechte en schadelijke framing. Dronkenschap, een vergeetachtige man die zijn huissleutels kwijt is, dat valt allemaal onder de E33-meldingen van de politie voor verward gedrag. Maar het heeft lang niet altijd te maken met een psychiatrisch beeld. De overheid moet dat gesprek bewaken.

Partijen hebben de mond vol van preventie, maar niemand vertelt hoe ze het zorgstelsel zó gaan inrichten dat preventie ook mogelijk is. Bijvoorbeeld: we weten dat in arme wijken veel depressie voorkomt. Daar kan je interventies op inzetten. Gemeenten kunnen dat zelf niet aan en zorgverzekeraars doen het niet omdat ze alleen voor hun eigen klanten moeten en kunnen zorgen. Je zou de zorgverzekeringswet hierop moeten aanpassen om zorgverzekeraars te kunnen verplichten een deel van het budget aan collectieve preventie te besteden.

Herma van der Wal, Raad van Bestuur Dimence Groep

Aan de minister van VWS in het nieuwe kabinet,

In totaal is er genoeg geld voor de GGZ beschikbaar. Helaas wordt er jaarlijks ten minste één miljard, ongeveer een kwart van het totale budget, uitgegeven aan administratie en verantwoording. Voor een groot deel gaat het hier om vermijdbare administratieve lasten, regels en procedures die partijen zelf ontwikkelen uit wantrouwen en het streven naar honderd procent volledigheid en betrouwbaarheid.

Arkin vraagt u om er met ons voor te zorgen dat dit bedrag substantieel, om te beginnen met de helft, wordt gereduceerd en besteed gaat worden aan de volgende zaken:

- Preventie, een digitaal gezondheidsbudget voor elke burger in Nederland voor bij voorbeeld zelfmanagement "Vroeger is beter";
- Het faciliteren van de "gepast gebruik agenda" voor het realiseren van effectievere en daarmee doelmatigere zorg;
- Kwaliteit en veiligheid voor de meest kwetsbare cliënten, onder meer door bouwkundige randvoorwaarden;
- Arbeidsmarkt: behoud van voldoende gekwalificeerde medewerkers voor nu en de toekomst en
- Een maximale wachttijd van vier weken tot behandeling. Verscherpt u hiervoor de Treeknormen voor verzekeraars.

En haal verder de crisiszorg en de zorg voor cliënten met de meest extreme zorgzwaarte uit het concurrentie- en representatiemodel van verzekeraars. Zorg er daarbij vooral voor dat de beschikbaarheid van deze functies op basis van een goed taak- en concentratiemodel kwalitatief en doelmatig per regio georganiseerd zijn.

Wij danken u bij voorbaat,
Hoogachtend,

Dick Veluwenkamp en Jeroen Muller
Raad van Bestuur Arkin

Goede afspraken met andere veldpartijen

Schippers is begonnen in een tijd van crisis. Dat in aanmerking genomen, heeft ze het in financieel opzicht niet slecht gedaan, al ben ik niet voor marktwerking. Ik zie zelf meer samenwerking dan in concurreren en hoop dat een volgend kabinet dat ook doet.

Ik hoop vooral dat een volgend kabinet een integrale visie en aanpak uitwerkt voor preventie, goede ambulante behandelingen en uitstroom uit de GGZ (inclusief wonen en werk) en de relatie met het Sociaal Domein. De GGZ zal de komende jaren meer mogelijkheden moeten creëren om mensen thuis te behandelen en wachtlijsten terug te dringen, bijvoorbeeld door eHealth te stimuleren. We moeten ons ook (nog) meer richten op het hersteldenken.

Dat betekent niet per se méér geld. Wij hebben, als GGZ, óók een taak om de zorg betaalbaar te houden. Voor een nieuwe minister zie ik vooral een taak om te zorgen dat er goede afspraken komen met andere veldpartijen. Over werk, wonen en onderwijs. Want als we dat kunnen faciliteren, maakt dat onze behandeling effectiever.

Het geld dat er nu is, kunnen we echt veel beter besteden. Administratieve verplichtingen kosten nu 30%-40% van onze tijd en geld. Ik zou willen dat dit geld aan zorg besteed kan worden. Verantwoording is niet het issue, maar ik hoop dat het volgende kabinet ons iets meer vrije ruimte geeft.

Bijvoorbeeld: als iemand zich suïcideert, hebben we een nagesprek met de familie. Dat krijgen we niet vergoed. We doen het wel, omdat we denken dat dat bij goede zorg hoort. Het zou heel veel schelen als we dat niet allemaal tot op de centimeter hoeven te verantwoorden.

Als derde zou ik willen dat het kabinet met ons meedenkt hoe we ervoor kunnen zorgen dat we voldoende personeel houden. Er dreigt in sommige beroepen krapte op de arbeidsmarkt. In de toekomst zal het moeilijk zijn om voldoende gekwalificeerd personeel te vinden en te houden. Daar moeten we echt werk van maken.

Ik hoop dat het komende kabinet de GGZ niet alleen ziet als kostenpost, maar ook als economische factor. Als werkgever én als een branche die ziekte (en dus uitval) voorkomt.

Jos Brinkmann, Raad van Bestuur GGZ Noord-Holland-Noord

Het systeem lijkt gebaseerd op wantrouwen en dat is de verkeerde insteek.

Vijftien jaar geleden had ik te maken met één zorgverzekeraar en afspraken waar flexibel mee werd omgegaan. Tegenwoordig werk ik met verschillende verzekeraars, die allemaal verschillende voorwaarden hebben over hoe je moet declareren en wie de regiebehandelaar mag zijn. Ook moeten we aan acht verschillende gemeentes op verschillende manieren verantwoording afleggen. Voor behandeling moet een cliënt zaken als een (correcte) verwijfsbrief en kopie van een identiteitsbewijs overleggen. Het levert allemaal een ontzettende bureaucratie op, die vrij makkelijk kan worden teruggedrongen. Laat een nieuw kabinet er om te beginnen voor zorgen dat de voorwaarden en de systemen van verzekeraars en gemeentes op elkaar afgestemd zijn. Daarnaast mag de accountantscontrole ons iets meer vrijheid geven.

Vergoed de zorg bijvoorbeeld óók als een achterdochtige patiënt geen kopie van zijn paspoort wil afgeven. Wees wat coulanter als niet alle verwijfsbrieven voor 100% kloppen. Geef mogelijkheden om nuttige behandelingen uit te proberen, zoals sommige vormen van eHealth. Geef ons een paar procenten speelruimte, dat zou tien procent van de kosten in de GGZ schelen. Het systeem lijkt nu gebaseerd op wantrouwen en dat is de verkeerde insteek. De sector zelf kan het voor de behandelaars ook makkelijker maken om te registreren, de Minister zou dat kunnen faciliteren.

De vraag is óf en hoe de klinische capaciteit verder omlaag kan. Een nieuw kabinet kan daar een rol in spelen door verdergaand onderzoek naar wat er mogelijk is.

Het is op zich niet verkeerd dat gemeentes zelf verantwoordelijk zijn voor hun inwoners. Ook de verschuiving naar de eerste lijn is niet verkeerd. Maar die veranderingen zijn samengegaan met bezuinigingen en daar zijn grote groepen de dupe van geworden. De eigen bijdrage pakt voor de lagere inkomensklasse bijvoorbeeld erg slecht uit, doordat allerlei bezuinigingen bij die groep stapelen. Een nieuw kabinet moet zorgen voor voorzieningen voor diegenen die de dupe zijn geworden van die bezuinigingen.

Paul de Bot, Bestuurder Dijk en Duin (ParnassiaGroep)

Wat ik hoop dat het volgende kabinet gaat doen voor de GGZ!

Ik hoop dat een volgend kabinet een visie heeft op wat zij wil bereiken voor de volksgezondheid en meer in het bijzonder voor de geestelijke volksgezondheid. Om vanuit deze visie vervolgens beleid te maken.

In de afgelopen jaren is een enorme verandering in gang gezet in de zorg voor mensen met psychische problemen. Het doel was meer zorg dicht bij de patiënt in zijn eigen omgeving met minder zorg in de kliniek. Dat zou de zorg goedkoper maken en aansluiten bij wensen van patiënten. Het bleek het eenvoudigst om bedden te sluiten, maar de intensieve zorg dicht bij huis organiseren bleek weerbarstiger. Niet in de laatste plaats omdat het geld daarvoor niet alleen moet komen van verzekeraars maar ook van gemeenten. Zij werden verantwoordelijk voor beschermd wonen en dagbesteding voor deze groep burgers en niet te vergeten voor adequate huisvesting voor hen die zelfstandig verder willen na verblijf in kliniek of beschermd wonen.

Onvrede hierover werd versterkt door de stigmatiserende 'verwarde personen'-actie van de politie.

Wat hier mis is gegaan is dat uitsluitend een nieuw bekostigingskader is verzonnen gepaard gaande met een decentralisatie van bevoegdheden zonder een duidelijke visie op hoe hiermee een verbetering van de geestelijke volksgezondheid kon worden bereikt.

Dus Kabinet:

1. Stel duidelijke doelen:
 - preventie beschikbaar voor iedereen
 - tijdige diagnostiek en triage in alle sectoren en domeinen
 - samenhangende zorg uit eerste lijn, GGZ en het sociaal domein
2. Beleg duidelijke verantwoordelijkheden (dus niet: veld zoek het maar uit) en bewaak toegankelijkheid (geen stapeling van eigen risico en eigen bijdragen; voldoende capaciteit)
3. opdat in 2021:
 - meer mensen in staat zijn psychisch gezond te blijven
 - psychische stoornissen bij kinderen tijdig worden herkend
 - mensen met ernstige psychische stoornissen daadwerkelijk volwaardig kunnen deelnemen aan de maatschappij
4. En zeg nooit als minister dat mensen met psychische problemen ook wel bij de buurvrouw terecht kunnen. Dit stigmatiseert patiënten als aanstellers en demoraliseert deskundige hulpverleners!

Thea Heeren, voorzitter Raad van Bestuur GGZ Centraal

VERNIEUWD

Mijn gedachten verdampen niet
hoe hard ik er naar blaas
om ze weg te wuiven
ik zie en denk wat jij niet weet

Mijn gevoelens verkennen het gebied
waarin ik me machteloos voelde
ergens grijpt het mij
in de kern van wie ik ben

Oude patronen schudden hun veren uit
ze voelen zwaar op mijn schouders
ik woel en droom erover
totdat ik wakker wordt

Met vernieuwde kracht
blaas ik ze weg
door het open raam
en haal mijn schouders op

© Gisele Vranckx

Breed protest tegen ROM-vragenlijst als benchmark in de GGZ

Bart Vuijk tekent voor- en nadelen van de ROM op

Stop ROM als benchmark in de GGZ', heet de [petitie](#) waartoe psychiater Menno Oosterhoff het initiatief nam. Tussen petities als 'Het Limburgse carnaval moet blijven', 'Herder Sam Westra moet in Leeuwarden blijven!!' en 'Logeerhuis Schoorl moet blijven' scoort deze petitie hoog. In vier weken tijd heeft Oosterhoff - bij laatste telling - meer dan 6000 steunbetuigingen ontvangen. **Waarom interesseren zoveel mensen zich ineens voor zo'n saai onderwerp?**

Fictief voorbeeld 1. Klara is suïcidaal en ze spreekt af met een psychiater. Voordat ze de behandelkamer voor het eerst mag binnentreden, moet ze eerst bij de assistente achter een beeldscherm een uitgebreide vragenlijst invullen. Naam, BSN-nummer en adres natuurlijk, maar ook de aard van haar aandoening moet ze opschrijven, hoe ze haar dag doorbrengt, of ze stemmen hoort in haar hoofd, en wat ze van de behandeling verwacht. Veel zin heeft ze niet in die vragenlijst, maar ze vult hem toch maar in. „Anders wordt uw behandeling niet vergoed”, wordt haar verteld. Ze is er een half uur mee bezig. Gaat dat eigenlijk van haar behandeltime af? Wie zal het zeggen. Klara heeft wel wat anders aan haar hoofd.

Fictief voorbeeld 2. Joost heeft meervoudige psychiatrische problemen. Daar zal hij nooit meer van af raken. Allerlei behandelingen heeft hij al gehad, maar erg veel verbetering zit er niet in. Hij meldt zich aan bij een nieuwe psychiater. Die bladert zijn dossier even door, en concludeert: ik zal u niet in behandeling nemen. Joost is verbijsterd. Wat zit hier achter?

ROMMEN

Het zijn twee fictieve voorbeelden van wat er zou kunnen gebeuren, en misschien nu al her en der gebeurt, als gevolg van het benchmarken in de GGZ. Die benchmarks vinden plaats op basis van vragenlijsten, Routine Outcome Monitoring, kortweg ROM. Behandelaars zoals psychiaters en psychologen zijn sinds begin dit jaar verplicht om te 'Rommen', zoals het inmiddels in het veld is gaan heten. Het betekent domweg dat patiënten worden onderworpen aan een vragenlijst voor en na de behandeling. Aan de hand van de resultaten wordt de behandeling van de

zorgaanbieder gebenchmarkt, oftewel in een ranglijst op basis van succes gezet. Daar heeft patiënt Joost in het fictieve voorbeeld mee te maken. Zijn nieuwe psychiater is beducht dat er weinig eer aan Joost valt te behalen, want behandelingen zijn bij hem nog nooit goed aangeslagen. Slecht voor je ROM-score. Ga maar een deurtje verder, Joost.

GEKAAPT

Dat 'Rommen als benchmark' is niet waarvoor de vragenlijsten ooit zijn bedacht. Ze zijn in de eerste plaats uitgevonden om tijdens de behandeling het resultaat te meten, zodat de behandelaar tussentijds die behandeling kan aanpassen als uit de antwoorden blijkt dat dit nodig is. „Maar de ROM is nu gekaapt door de zorgverzekeraars”, meent psychiater Menno Oosterhoff. Hij constateert bezorgd dat verplicht aanleveren van de vragenlijsten inmiddels wettelijk is vastgelegd. De ingevulde ROM-vragenlijsten gaan allemaal naar de Stichting Benchmark GGZ, waar ze worden opgeslagen en verwerkt tot een ranglijst van behandelaars.

PSEUDONIMISEREN

De cliëntgegevens worden niet geanonimiseerd, maar door de 'Romvende' instelling geleverd aan zorgTTP, die de gegevens 'gepseudonimiseerd' doorstuurt naar de SBG. Dat betekent dat een aantal gegevens wordt versleuteld, maar een heleboel andere gegevens niet. In theorie kunnen op deze wijze zeer vertrouwelijke patiëntgegevens zomaar op straat komen te liggen. En dan kunnen de burens ineens bij GeenStijl lezen wat jij op je vragenlijst over de stemmen in je hoofd hebt ingevuld. Een schrikbeeld waar echter weinig psychiatrische patiënten zich druk over maken, omdat ze veelal niet weten wat er met de vragenlijsten gebeurt.

ONWETENSCHAPPELIJK

Psychiater Menno Oosterhoff wijst erop dat acht hoogleraren psychiatrie al in een vroeg stadium hebben aangegeven dat de ROM-vragenlijsten absoluut niet voor benchmarking geschikt zijn. Toch gebeurt dat nu. Prof. Jim van Os waarschuwt al jaren dat dit onwetenschappelijk is. Een groot risico is dat de werkelijke kwaliteit achteruitgaat omdat het beleid gericht wordt op goede benchmarkscores. Gaan zorgverzekeraars hun klanten ontraden om naar een psychiater te gaan die ergens onderaan de lijst bungelt? Wie weet. In reactie op het rapport van de rekenkamer van zorgverzekeraars Nederland staat, dat nu al wordt onderzocht hoe men afspraken kan maken over het stimuleren van kwaliteitsmanagement op basis van uitkomstgegevens. De zorgverzekeraars hebben gedeeltelijk inzage in benchmarkgegevens. De Algemene Rekenkamer liet in een rapport eind januari weten ROM als basis voor inkoop niet geschikt te vinden en te betwijfelen of het ooit geschikt zal worden.

'STOP ROM'

De vragenlijsten zijn menig behandelaar een doorn in het oog. Zij zitten vooral in hun maag met de toegenomen administratieve last. Die was al groot, en zo'n uitputtende vragenlijst helpt natuurlijk niet erg. En ze maken zich zorgen over de privacy. Is het wel toegestaan dat zonder goede voorlichting en zonder toestemming zo veel gegevens gaan naar een door de zorgverzekeraar betaalde instelling, met drie zorgverzekeraars in de raad van bestuur?

Menno Oosterhoff heeft zoveel zorg over de gevolgen van ROM als benchmark en straks zorginkoop, dat hij samen met patiënten, psychologen en andere psychiaters de petitie STOPROM is begonnen. Die is inmiddels door meer dan dik 6000 mensen ondertekend. Dat is veel, vindt hij. „Als je ervan

uitgaat dat er drieëneenhalfduizend psychiaters en twintigduizend psychologen in Nederland zijn, die met de ROM te maken kunnen hebben, is dit zelfs bijzonder veel.”

TRANSPARANTIE

Patiënten zelf blijven nogal stil. De landelijke patiëntenvereniging GGZ beoordeelt de ROM-lijsten vooral als klinisch hulpmiddel en staat er achter. Er wordt gehoopt op meer transparantie over de resultaten van behandelingen. Dat is een diepe wens van elke patiënt, want hoe weet je nu of je bij een goede of een slechte psychiater in de stoel zit?

De patiëntenvereniging [benoemt](#) de risico's voor behandelaars die niet aan de ROM als benchmark wensen mee te doen. „Het niet participeren in ROM leidt tot reputatieschade, verlies aan vertrouwen en een verdergaande terughoudendheid bij de zorgverzekeraar m.b.t. zorginkoop.” Dat is nogal een waarschuwing. GGZ Pro Persona schrijft in een verhaal over ROM op zijn website: „Op basis van het aantal vragenlijsten dat is ingevuld door cliënten ontvangen wij budget. Door de vragenlijst in te vullen helpt u ons zorg te kunnen (blijven) verlenen.” Met andere woorden, vul je de lijst niet in, dan kunnen wij die zorg niet meer verlenen. Welke cliënt is tegen deze druk bestand?

KWALITEIT ONVOLDOENDE

Maar GGZ Nederland zelf weerspreekt dit. „De huidige kwaliteit van de data is nog onvoldoende om te gaan gebruiken als basis voor inkoop of als basis voor de nieuwe bekostiging”, meldt GGZ Nederland in een reactie op een kritisch rapport van de Algemene Rekenkamer, die de ROM onder de loep heeft genomen en het middel heeft afgekraakt. Toch zijn behandelaars er niet gerust op. De verzekeraars hoeven zich natuurlijk weinig aan te trekken van

het standpunt van GGZ Nederland. Of van de Algemene Rekenkamer. De eerste tegenbeweging is al gezien.

Aan de Stichting Benchmark GGZ is een hoogleraar verbonden. Edwin de Beurs bekleedt voor enkele dagen per week de leerstoel Rom en Benchmarks. Hij heeft een uitgebreide reactie gegeven op de petitie STOPROM van Menno Oosterhoff. In een bijna [wetenschappelijk exposé](#) concludeert hij dat de ROM allerminst perfect is, maar dat het middel juist daarom verder ontwikkeld moet worden.

DOODVONNIS

„Verbeteren is iets alledaags en op alles van toepassing. In de gezondheidszorg is een Hiv-infectie van een doodvonnis veranderd in een chronische aandoening, waar je oud mee kan worden; in de oncologie zijn op de patiënt toegesneden behandelingen effectief, waar voorheen de genezingskans nihil was. Ook in de GGZ behandelen we nu anders dan 20 jaar geleden en gaan we dezelfde weg op. Kortom, we verbeteren voortdurend alles. ROM en Benchmarks zijn beiden technieken om verbetering van zorg te bewerkstelligen”, schrijft De Beurs.

De hoogleraar vindt dat een terugkeer nodig is naar de situatie waarin de vragenlijsten tijdens de behandeling werden ingezet, als hulpmiddel voor de behandeling zelf. En niet alleen maar vooraf en achteraf om aan de verplichting van de verzekeraars en de overheid te voldoen. Kortom, verder gaan ermee, en gaandeweg ROM perfectioneren zodat er voor patiënten en verzekeraars beter inzicht komt in het nut van behandelingen in de GGZ.

PETITIE

Het is niet alledaags dat een psychiater een petitie op internet begint. Maar Menno Oosterhoff heeft er al ervaring mee. „Ooit startte ik een petitie voor het behoud van de Jeugd-GGZ in de gezondheidszorg. Daar kreeg ik [96.000 steunbetuigingen](#) voor. De wet waartegen de petitie zich richtte, ging wel door, maar die petitie heeft wel heel goed gewerkt om het verzet tegen de wet breed vorm te geven. Het is van groot belang dat wij ons hebben laten horen.”

„Dat geldt nu ook voor de petitie tegen het gebruik van ROM als benchmark. Vijf jaar geleden al raadden acht hoogleraren in de psychiatrie het af om de ROM op deze wijze in te voeren. Ik had het gevoel dat dit protest heel breed leeft. En dat blijkt nu ook uit de reacties. Deze petitie helpt om publiciteit te verkrijgen voor het onderwerp. Dik zes duizend handtekeningen vind ik best veel voor een petitie die nog maar vier weken online staat. Waarschijnlijk hebben er zo'n 20.000 behandelaars direct met de ROM te maken, daar hebben we nu dus al meer dan een kwart van te pakken.”

De petitie heeft al geleid tot Kamervragen, waarmee het onderwerp nu op het bordje van minister Schippers ligt. „Het is de bedoeling geweest van deze petitie om de brede weerstand in het veld zichtbaar te maken en dat is gelukt”, constateert Oosterhoff met enige tevredenheid. De petitie heeft belangrijke steunverklaringen opgeleverd. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie stelt, dat er een eind dient te komen aan ROM als benchmark. „Min of meer een oproep tot burgerlijke ongehoorzaamheid”, zegt Oosterhoff.

De petitie loopt nog een tijdje door. Oosterhoff moet nog besluiten aan wie hij de resultaten gaat aanbieden. Misschien wel aan minister Schippers zelf.

BUREAUCRATISCHE VERACHTING

Maar in het veld wordt er heel anders over gedacht. In de meer dan vijfduizend reacties op de petitie van Oosterhoff valt op dat velen het op zijn minst een ongemakkelijke verplichting vinden. Ondertekenaar Remke van Staveren: „Ik teken omdat ROM een bureaucratische belasting is voor cliënt en medewerker, heel veel tijd, ergernis en geld kost, en tot nu toe niet effectief is gebleken bij het meten van kwaliteit van zorg in de GGZ.” Huisarts Bart Bruijn: „Ik ben huisarts en zie dagelijks hoe mijn meest kwetsbare patiënten lijden onder deze bureaucratistische verachting van hun complexiteit, hun lijden en hun behandelaars.” Cobie Groenendijk: „Dat zorgverzekeraars middels grote boetes zorgverleners verplichten hun patiënten onder druk te zetten om zeer privacygevoelige medische data af te staan waar zonder hun weten ook nog eens wetenschappelijk onderzoek mee wordt verricht, stuit mij zo tegen de borst dat ik niet meedoe. Weg met het winstbejag, de datagraagte en de vercommercialisering van de zorg: op naar een veilige zorgrelatie waarin privacygevoelige informatie in de spreekkamer blijft. Op naar behoud van patiëntenrechten.” En patiënt J. Kortooms: „Ik teken omdat ik om de ROM afzag van hulpverlening door GGZ (en met veel moeite een vrijgevestigd psychiater als hulpverlener heb gevonden). Ik vind medisch beroepsgeheim belangrijker dan dat ik geloof dat de verzekeraar kwaliteit kan meten met deze gegevens.”

KAMERVragen

Duidelijke reacties. Die inmiddels geleid hebben tot Kamervragen van de SP. Kamerlid Renske Leijten geeft minister Schippers van volksgezondheid een koekje van eigen deeg, door haar een lijst met maar liefst [28 kritische vragen](#) te sturen. Met als laatste vraag: „Bent u bereid de verplichting van gebruik van de Rom alsmede het verplicht delen van deze medische gegevens te laten staken?” ●

Breed protest tegen ROM-vragenlijst als benchmark in de GGZ

Bart Vuijk tekent voor- en nadelen van de ROM op

In het vliegtuig terug, vol witte Nederlanders, leverde ik op een bepaald moment een enorm gevecht om in de zeer beperkte ruimte die ik had mijn jasje aan te trekken. Rood aangelopen en benauwd riep ik uit “Is er dan niemand die me even kan helpen?” In de wegdraaiende blikken zag ik nog net de minachting “Die spoort niet.” Ik vloog weg van een wereld waar ik Thuis en in mijn element was, waar iedereen elkaar helpt en waar ik werkelijk gezien, gehoord en gewaardeerd werd. Om mij. Helaas trouwde ik de verkeerde meneer.

Vorige week stond ik bij de Vomar mijn boodschappen af te rekenen. Een hele prestatie want ik had er al een paar dagen moed voor verzameld om te gaan. Vreselijk. Boodschappen doen. Loop je daar terwijl iedereen zomaar bij je naar binnen kan kijken. Alsof je tussen al die waren binnenste buiten je kwetsbaarheden loopt te etaleren. Zo snel mogelijk richting kassa dus. Toen ik daar stond te pielen met mijn tot minuscuul opvouwbaar milieuvriendelijke tasjes voelde ik de meneer na mij mijn aura in knallen. Hij schoof mijn spullen met een boos gezicht dichterbij mij toe en zei dat ik op moest schieten. Tranen rolde over mijn wangen terug op de fiets naar huis waar bleek dat ik wéér een aantal artikelen van mijn lijstje vergeten was.

In december nog dreef ik regelmatig op mijn rug in mijn Gambiaanse zee. The place to be for direct connection met God herself. Prachtige mystiek en spiritualiteit van de hoogste plank. Zeker voor een atheïst als ik. Tijdens één van deze zwemsessies veranderde dit contact in een regelrechte psychose. Ik was het kanaal geworden waardoor Zij communiceerde met de Afrikanen om me heen. Volcontinue voldeed ik aan haar wensen en opdrachten. Zo liet ik mijn kersverse trouwring in de zee van mijn vinger glijden. Gaf ik boodschappen door aan wie het maar horen wilde en begon ik mijn echtgenoot te wantrouwen. Ik was zelfs via de telefoon getuige dat hij dood geschoten werd!

Het was in deze periode dat mijn man fysiek geweld begon te gebruiken. Hij schudde me eens zo heftig door elkaar dat ik twee weken blauwe en zeer pijnlijke armen had. Vier jaar lang was ik compleet blind van Liefde geweest. Toen hij me van de burens terug duwde en schopte kreeg ik door dat mijn felbegeerde toekomst hier geen kans van slagen had. Later kwam ik er achter dat hij nog twee vrouwen had en er een half dozijn kinderen van hem rond liepen. De Liefde van mijn leven had me voorgelogen, afgeperst, in de zeik genomen, gebruikt en met een kluit in het riet gestuurd. Dus ik met een smoes terug naar Nederland.

De eerste weken heb ik met mijn hoofd op mijn armen aan mijn keukentafel gezeten, uren achtereen soms. Ik kon bijna niet meer lopen en praten. Af en toe kwam er een berichtje uit Afrika ‘I love you so much’.

Ik hoor hier niet, mijn thuis is daar. Ik voel me hier niet welkom en gezien, dat maakt behoorlijk eenzaam. Gelukkig ben ik inmiddels goed gezelschap voor mezelf geworden. Dagen achtereen kan ik het in mijn up aardig naar mijn zin hebben. Zo lang ik maar geen boodschappen hoeft te doen.

Niki Stoker

Niki Stoker schreef in oktober de column ‘[Enkeltje geluk](#)’. In deze column vertelde ze hoe zij naar Gambia reisde, met de bedoeling daar te blijven wonen.

Enkeltje Nederland

Er zit teveel ruimte tussen de GGZ-hokjes

Willem Gotink

Als POH-GGZ krijg ik regelmatig de vraag van 'mijn' huisarts of ik de klachten van een cliënt wil 'inventariseren' (ik heb de uitdrukking niet bedacht) om daarna een zo adequaat mogelijke doorverwijzing te regelen. Dat eerste gaat me meestal goed af, het tweede geeft nog wel eens problemen. In de afgelopen twee weken drie keer, om precies te zijn.

Vorige week maandag. Een 38-jarige vrouw met persoonlijkheidsproblematiek die zich altijd prima staande heeft weten te houden, raakt in crisis als ze in een zeer vervelende scheiding terechtkomt. Ze herkent bij zichzelf een gedragspatroon dat haar hele leven al problemen veroorzaakt en besluit daar nu eindelijk eens iets aan te gaan doen. Ik ken een psychotherapeute die eerder iemand behandelde met soortgelijke problemen en meldt mijn cliënte daar aan. Na een telefonische intake wijst de therapeute haar af. Zij werkt alleen en beschikt niet over een crisisdienst. En volgens haar kan deze mevrouw in crisis raken. Dus nee, toch maar niet.

Dat mijn cliënt nog nooit buiten haar afspraken om ook maar enig probleem heeft veroorzaakt... tsja, je weet maar nooit.

Donderdag. Een 57-jarige vrouw, panieklachten en overmatig alcoholgebruik. En waarschijnlijk nog wel meer problemen. De verslavingszorg gaat niet lukken, want mevrouw is matig gemotiveerd om te stoppen met drinken, bovendien durft ze niet langer dan een klein half uur het huis uit.

Die panieklachten? Dáár wil ze wél heel graag van af. Wijs geworden overleg ik eerst met de afdeling van de nabijgelegen grote instelling die speciaal voor dit soort problemen in het leven is geroepen. De SPV aldaar belooft binnenkort langs te gaan.

Dat vindt zijn collega dus niet, blijkt drie dagen later als ik teruggebeld wordt. Eerst de verslavingszorg en dan de panieklachten, is zijn oordeel. Door flink te soebatten en te wijzen op de al gemaakte afspraak lukt het me mevrouw toch in zorg te krijgen.

Dat lukt me een week later niet met een 45-jarige man met persoonlijkheidsproblematiek en matige problemen met zijn agressieregulatie. Hij wil per se niet langdurig in therapie, maar wil wel iets doen aan het feit dat hij zich zo ergert aan mensen, zoals hij het eufemistisch uitdrukt. Ze worden bang van hem en dat is niet zijn bedoeling. Mijn inschatting: misschien heeft hij iets aan een kortdurende therapie, maar toch verwijs ik hem naar de in persoonlijkheidsproblematiek gespecialiseerde polikliniek. Wie weet groeit de motivatie om zijn problemen grondiger aan te pakken. Uiteraard overleg ik eerst, maar de polikliniek voor persoonlijkheidsproblematiek vindt het geen goed idee. 'Maar', stelt de psychiater, 'de Basis-GGZ valt onder hetzelfde zorgbedrijf. Verwijs de

man daarheen, mocht langdurige zorg toch in beeld komen, dan kan dat intern worden geregeld'. Met een extra verwijzing van de huisarts voor de S-GGZ uiteraard, maar dat is klein bier.

De basis-GGZ echter..... Moet ik nog verder vertellen? Na in totaal anderhalf uur telefoneren krijgt één van deze drie patiënten de behandeling die haar toekomt. Voor die twee anderen mag ik, als POH-GGZ, nog bij een paar gespecialiseerde behandelaars gaan zeuren.

Afspraak één: ik wil nooit, echt nóóit meer, iemand horen zeggen dat de POH-GGZ te zware problematiek naar zich toetrekt.

Afspraak twee: ik ben het er helemaal mee eens dat de hoeveelheid bureaucratie omlaag moet. Maar zullen wij, als GGZ, dan ook eens uit onze hokjes komen?

Willem Gotink is hoofdredacteur van GGZTotaal en twee dagen per week POH-GGZ in Amsterdam.

Een enkele keer combineert hij die twee functies.



Vergeeten slachtoffers, Psychiatrische inrichting de Willem Arntszhoeve in de Tweede wereldoorlog

Marco Gietema en Cecile aan de Stegge

Als je terugkijkt in de geschiedenis, zie je vooral grote lijnen. Details vervagen en gaan op in het grote geheel. In 'Vergeeten slachtoffers' wordt de psychiatrische zorg in de tweede wereldoorlog hier te lande uit de vergetelheid gerukt. Meer specifiek wordt de historie van de Willem Arntszhoeve belicht. En niet zonder reden: de aanleiding om dit boek te schrijven, was het gegeven dat in de Hongerwinter van 1944 opvallend veel patiënten van de Willem Arntszhoeve kwamen te overlijden. Dat riep vragen op bij Gietema en Aan de Stegge, de auteurs van dit boek. Hoe kon het dat er veel psychiatrisch patiënten omkwamen in een tijd van schaarste waarbij dat bij het merendeel van de 'normale' bevolking niet het geval was. Gietema en Aan de Stegge zijn vervolgens zeer grondig de archieven ingedoken. Ze bestudeerden niet alleen de sterftelijfers maar achterhaalden waar mogelijk ook doodsoorzaken. Daarnaast werd de historie van de kliniek uitgebreid bestudeerd, het combineren van die twee onderzoeklijnen leidde tot nieuwe en schokkende inzichten.

"Geheel in de lijn van de humanisering die in 1837 onder Schroeder van der Kolk was ingezet groeide de Willem Arntzhoeve tussen 1906 en 1940 uit van een kaal heidegebied tot een moderne inrichting die tot de voorlopers op het gebied van de psychiatrie in Nederland behoorde."

En dan breekt de oorlog uit... De inrichting ontkomt niet aan gekonkel, discussie en machtsstrijd. Enkele NSB leden binnen de organisatie roeren zich flink. Daarnaast wordt er door de Duitse machthebbers gespeurd naar Joodse patiënten en dat levert ethische dilemma's op. Namen worden niet gegeven maar wat doe je als arts? Blijf je ondanks alles voor je patiënten of ga je uit protest weg? Sommige artsen vertrekken daadwerkelijk, andere blijven. (Van de joodse patiënten die uiteindelijk vanuit de Willem Arntsz worden gedeporteerd overleefde slechts 1 de oorlog.) Het bestuur wordt al snel vervangen door Regenten uit de Nationaal Socialistische hoek. Geneesheer-directeur Engelhard wordt uiteindelijk in 1943 van zijn taak ontheven en ook voor enige tijd opgesloten samen met een aantal andere leidinggevendenden. Hij wordt vervangen door actief NSB lid en ambitieus geneesheer Keulemans. De discussies, de problemen en dilemma's, de malversaties, de ingrepen van buitenaf door de Duitse machthebbers, het wordt in 'Vergeeten slachtoffers' allemaal minutieus beschreven.

Er wordt in het boek ook stil gestaan bij de toenmalig populaire leer van de Eugenetica, waarin ras een rol speelt en ook het begrip 'onvolwaardig leven'. Het geeft richting aan het denken van de leiding van de Stichting vanaf 1943. Inmiddels dringt de oorlog zich steeds meer op. De vlakbij gelegen basis Soesterberg wordt regelmatig aangevallen en ook op de Hoeve

Maandlijks bespreekt Johan Atsma een recent uitgegeven boek, dat betrekking heeft op de GGZ.

Johan Atsma is docent/coach MBO verpleegkunde.



wordt schade aangericht. Inrichtingen aan de kust van Nederland worden geëvacueerd. Patiënten van Santpoort verhuizen naar de Willem Arntsz die daardoor twee keer zoveel patiënten een onderdak moet bieden. Een heel paviljoen wordt geannexeerd voor het onderbrengen van een Duitse legereenheid. Personeel wordt schaars en onwettigen worden in Duitsland te werk gesteld. Hygiëne is moeilijk op peil te houden, tuberculose wordt een steeds groter probleem. Financiën en voeding worden door het bestuur ingezet voor het nationaal socialistisch ideaal maar niet voor de patiënten.

In een overbevolkt zorginstituut leidt dit alles er uiteindelijk toe dat de ernstige verwaarlozing van 'onvolwaardige' patiënten genadeloos toeslaat in de Hongerwinter. Velen sterven aan ondervoeding en ziektes.

'Vergeeten slachtoffers' is bij vlaggen een taai boek. Een rijkdom aan details zit de leesbaarheid wel eens in de weg. Het doel van het boek wordt bereikt: De slachtoffers worden aan de vergetelheid ontrukkt en sommigen van hen worden herdacht met een individueel portret. De geschiedenis wordt herschreven:

"Gedurende de vijf lange oorlogsjaren schoof dit belang steeds meer naar de achtergrond. Het kwam zelfs zover dat toen degenen die zich tijdens de (naoorlogse) zuivering op het belang van de patiënten beriepen, bestempeld werden als laf en onderworpen werden aan strenge maatregelen. Uiteindelijk zou het belang van de patiënten ook verdwijnen uit de geschiedschrijving over de Willem Arntszstichting waarin de nadruk geheel op de heldendaden werd gelegd, De dood van 1163 patiënten op het terrein van de Willem Arntsz Hoeve bleef bijna onbesproken en zonk daardoor langzaam weg in de vergetelheid."

Dat is dankzij dit boek en de website 'vergetenslachtoffers.nl' terecht en consciëntieus rechtgezet!

Marco Gietema en Cecile aan de Stegge: Vergeeten slachtoffers, Psychiatrische inrichting de Willem Arntszhoeve in de Tweede wereldoorlog.
Uitgeverij Boom, 269 pagina's incl. bijlagen;
prijs: 22,50

Op de stoel van de

SYSTEEMTHERAPEUT

“Soms ga ik achter patiënten zitten en probeer te verwoorden wat niet gezegd wordt”



In de GGZ totaal van afgelopen maand miste ik het beroep van systeemtherapeut. Systeemtherapie is een specifieke vorm van psychotherapie. De achtergrond en het werkveld van systeemtherapeuten kan zeer verschillend zijn. Mijn achtergrond is Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige. In november 2016 heb ik de 2 jarige intensieve opleiding systeemtherapie afgerond in het Lorentzhuis te Haarlem. Momenteel ben ik werkzaam binnen de Ouderenpsychiatrie.

Ouderen maken veel mee. Er gebeurt veel in hun leven, wat effect heeft op hun relaties. Ze verliezen vaak dierbaren, kampen regelmatig met hun gezondheid en moeten ook regelmatig hun oude vertrouwde omgeving los laten. Deze zaken kunnen mensen onzeker, angstig en of somber maken. Vaak zie ik patiënten die in hun jeugd slechte ervaringen hebben met onder andere afhankelijk zijn en daardoor extra kwetsbaar zijn.

Als voorbeeld wil ik het verhaal van een weduwe noemen waarbij haar overtuiging was dat haar man de laatste jaren van zijn leven niets meer voor haar voelde, want hij knuffelde haar niet meer. Patiënte noemde allerlei bewijzen die haar overtuiging bevestigden. Door het maken van een genogram (een soort stamboom met persoonlijke gegevens) waarbij we samen keken naar de mooie en minder mooie momenten realiseerde ze zich dat haar man zich vermoedelijk schaamde voor zichzelf en zijn toegenomen afhankelijkheid in zijn laatste jaren.

Een ander voorbeeld is sculpten (modelleren). Een echtpaar waarvan de man met pensioen was gegaan maakte voortdurend ruzie met elkaar. Beiden konden geen liefde meer voelen. Door zonder woorden elkaar neer te laten zetten in de kamer over wat ze eigenlijk verlangden ontstond er ruimte om elkaar weer anders te zien.

Soms ga ik achter patiënten zitten en probeer ik te verwoorden wat niet gezegd wordt. Dit kan bijvoorbeeld heel helpend zijn als iemand van huis uit niet geleerd heeft om over emoties te praten en alleen gewend is om ruzie te maken. Rot maar op kan dan zoiets betekenen als: “Ik ben verdrietig en ik mis je zo”.

Vanaf dit jaar moet je een academische vooropleiding hebben in de sociale en/of gedragswetenschappen of in de geneeskunde om een systeemtherapie opleiding te volgen. Tot voor kort kon je deze opleiding ook doen als je een relevante HBO plus opleiding had gevolgd, een VO opleiding en kennis van ontwikkelingspsychologie, psychopathologie en gespreksvaardigheden. Na de opleiding volgt nog een traject met leertherapie en supervisie om volwaardig lid te zijn bij de Nederlandse Vereniging voor Relatie en Gezinstherapie. Op de website van de [NVRG](#) staan de voorwaarden vermeld.

Margot Spelbrink werkt als SPV/Systeemtherapeut bij de ouderenpsychiatrie van de Parnassia Groep in Rotterdam

De [GGZTotaal van februari](#) portretteerde 18 beroepen in de GGZ. Margot Spelbrik miste de systeemtherapeut en schreef daarom bovenstaande impressie.

Stond jouw beroep er ook niet bij? Lees hier de voorwaarden waaraan een stuk moet voldoen.

GGZtotaal

