

Pamflet De Nieuwe GGZ

De Nederlandse GGZ is een model voor Europa. Toch is ze op termijn niet duurzaam. De kosten zijn de afgelopen jaren sterk gestegen om aan de vraag tegemoet te komen en toch is de kloof tussen zorgbehoeften in de bevolking en het beschikbare zorgaanbod groot gebleven. De afgelopen decennia heeft de GGZ veel aan kwaliteit gewonnen en is de transparantie van de geleverde zorg sterk gestegen. Maar de huidige GGZ blijft onvoldoende in staat om antwoord te bieden aan het aanwezige psychisch lijden, terwijl tegelijk onnodig veel mensen afhankelijk blijven van de GGZ. Een moeilijke paradox.

Hoe vinden we een beter evenwicht in het GGZ aanbod? Hoe vermijden we dat we te veel en te lang zorg leveren aan mensen die zelf veerkracht en herstelvermogen hebben? Hoe voorkomen we dat we tegelijk onvoldoende zorg beschikbaar hebben voor andere mensen met reële zorgbehoeften?

In het streven naar kwaliteitsverbetering hebben we het behandelaanbod geoptimaliseerd op basis van richtlijnen en symptoomgeneeskunde. Dit is ten koste gegaan van de behoeften en context van het individu. Symptoomreductie is, mede door de huidige financieringsmethode, steeds meer het doel geworden. Hierdoor is er minder ruimte voor:

- leren omgaan met klachten;
- eigen regie voeren over de behandeling;
- ontdekken dat ondanks symptomen je bezig kunt zijn met betekenisvolle doelen die voldoening geven.

De herstelbeweging verwoordt reeds jaren de noodzaak van deze transitie. Ook in de somatische zorg winnen deze begrippen aan kracht omdat ze aansluiten bij een positieve visie op gezondheid, die beter past bij de groeiende aandacht voor het managen van kwetsbaarheden in een ouder wordende populatie waar chronische aandoeningen eerder regel dan uitzondering zijn.

De GGZ staat voor grote uitdagingen. De kloof tussen zorgbehoeften en werkbaar aanbod blijft groot en deze verkleinen vraagt om innovatie en durf. Het aanbod van eHealth en mHealth is een digitale vertaling van het huidige systeem. De paradigma verschuiving die mogelijk is met de beschikbare technologie wordt nog niet gerealiseerd. Deze moet

gericht zijn op grotere autonomie van de cliënt en meer aanwezige hulpverlening op momenten dat de angst opkomt, men wantrouwig wordt of zich gekwetst voelt.

Onderzoek moet deze innovaties borgen. Daarbij is het van belang dat zorg aan individuele patiënten in hun persoonlijke sociaal-maatschappelijke context wordt geoptimaliseerd en we niet meer uitgaan van gemiddelde patiënten.

Er is in de sector een gecompliceerde interactie tussen partijen door opeenvolgende budgettaire maatregelen en groeiende administratieve en organisatielasten. Dat leidt tot zorgvershraling in organisaties met gedemotiveerde professionals en vervreemding voor patiënten en hun omgeving.

De GGZ vraagt een nieuw elan. We zoeken hiervoor verbinding met hulpverleners, cliënten en families, maar ook met partners als zorgverzekeraars, gemeenten, zorgorganisaties, politiek en buurten.

Oplossingsrichting

Wij geloven dat er in de GGZ een grote kwaliteitsslag mogelijk is. En die hoeft niet te resulteren in hogere kosten. 7 Ingrediënten voor dit nieuwe elan zijn:

1. Een nieuwe kijk op psychisch lijden en gezondheid: meer nadruk op variatie, aanpassing, veerkracht en regie van hulpvragers. Zo wordt het perspectief van de hulpvrager het uitgangspunt bij het herinrichten van de zorg.
2. Experimenteren met het kantelen van de zorg, waarbij klassieke organisaties deels onderdeel worden van de gemeenschap rond de individuele hulpvrager en diens context.
3. In pilots de professionele zorg terug brengen naar een passende schaal (wijk, regio) met een aanbod van professionele- en mantelzorg rond de noden van de hulpvrager, waardoor de psychiatrische zorg en maatschappelijke integratie beter worden geborgd.
4. Een landelijke eCommunity voor gratis eHealth en mHealth realiseren. Hulpvragers beheren hun eigen dossier, maken gebruik van zelfzorg en digitale hulpmiddelen, werken samen met medehulpvragers, ervaringsdeskundigen, mantelzorgers, hulpverleners en andere betrokkenen.
5. Grootschalige substitutie van dure 1-op-1 zorg door betekenisvolle digitale of blended care (combinatie van digitale zorg met 1-op-1 zorg).

6. Zelforganiserende teams met de vrijheid om zorgoptimalisatie te realiseren met de beschikbare middelen in afstemming met de noden van cliënten en hun betrokkenen. Dat heeft een vermindering van regeldruk en bureaucratie als gevolg.
7. Nieuwe manieren van onderzoek ontwikkelen: op macroniveau via eData (“Big Data”) en epidemiologische data, op microniveau met n=1 en time en event sampling die gericht zijn op de veranderingen bij het individu in relatie tot de context. Ook onderzoek vanuit ervaringsdeskundig perspectief en academisering van ervaringskennis zijn in dit kader krachtige middelen.

De beweging “De Nieuwe GGZ” wil alle mensen die betrokken zijn bij de GGZ mobiliseren om met elkaar in discussie te gaan, ideeën te verzamelen, vernieuwende samenwerkingsverbanden en projecten te starten en visie te ontwikkelen om de GGZ toekomstbestendig te maken. Over een paar maanden komt ons boek “Goede GGZ” uit, waarin we onze plannen nader toelichten. Maar we willen vooral praktisch aan de slag met tastbare, toegepaste projecten. We willen proeftuinen inrichten en een eCommunity vormgeven. We willen instellingen, gemeentes, behandelaren, huisartsen, zorgverzekeraars, en natuurlijk vooral cliënten en hun naasten, helpen om de overgang naar een nieuwe GGZ vorm te geven.