

Help, waar zijn de psychiaters? .

De ggz-sector verliest in rap tempo aan slagkracht, murw gebeukt door wisselend en willekeurig overheidsbeleid dat voornamelijk gericht is op bezuinigen. Dat de verkeerde sector jarenlang structureel gestript en benadeeld wordt, staat in schril contrast met de toenemende hulpvraag. Er is een onontwarbare kluwen van in elkaar grijpende oorzaken en gevolgen ontstaan; de ggz-sector spant de kroon als het gaat om complexiteit. Als er nu ook nog te weinig psychiaters zijn, waar kunnen we dan nog naar toe?

Tekort aan psychiaters

Worden de toenemende problemen binnen de ggz veroorzaakt door het tekort aan behandelend en verplegend personeel? Het ministerie van VWS stelt het aantal opleidingsplaatsen voor (jeugd-)psychiaters jaarlijks vast. Waren er in 2006 nog 167 opleidingsplaatsen toegekend, in 2008 is dat aantal teruggedraaid tot 150. Er dreigde een overschot, aldus het ministerie. Maar dat overschot bleek zeer lokaal; inmiddels zijn er grote delen van Nederland waar nauwelijks een (jeugd-)psychiater te vinden is. Voorts leidt het chronisch tekort aan verplegend personeel tot een hogere werkdruk met meer uitval als gevolg.

Ook bekend zijn de verhalen van cliënten in AWBZ-instellingen of TBS-klinieken die slechts een enkele keer per jaar een behandelend psychiater zien. Hoe kan het ziekteverloop van een cliënt dan nog adequaat gevolgd worden? Wie stelt tijdig onder- of overmedicatie vast? Wie is er verantwoordelijk voor de mogelijke (blijvende) negatieve bijwerkingen van de toegediende psychofarmaca? Wanneer en door wie wordt een cliënt 'uitbehandeld' of 'onbehandelbaar' verklaard? Hoewel ggz-instellingen bereid zijn het aantal opleidingsplaatsen uit te breiden, is het de overheid die de noodzaak van extra opleidingsplaatsen nog niet ziet.

Marktwerking

Ook de toegenomen marktwerking in de ggz leidt tot ongewenste praktijken; psychiaters, psychologen en psychotherapeuten verlaten en masse ggz-instellingen om zelfstandige maatschappen te beginnen waarbij zij zich focussen op kortdurende en op genezing-gerichte behandeling. Zij hanteren hogere uurtarieven en verhuren zich als interim- of freelancer aan ggz-instellingen die vervolgens weer duurder uit zijn. Sinds de invoering van de dbc-systematiek is de administratiedruk en de bijbehorende bureaucratie tot een demotiverend hoog niveau gestegen; een psychiater in een ggz-instelling is nu slecht 20 minuten voor zijn cliënt beschikbaar in plaats van 40. Als hij/zij als zelfstandige bovendien bijna het dubbele kan verdienen is de keus snel gemaakt. Daar staat tegenover dat de declaratie-problematiek (hulpverleners moeten vaak een half jaar of langer wachten op vergoedingen) verzelfstandiging momenteel minder aantrekkelijk maakt.

De personele tekorten in de ggz worden uit nood aangevuld met psychiaters uit het buitenland; de taal- en cultuurbarrières tussen cliënt en behandelaar kunnen niet anders dan tot voor-spelbare problemen leiden. Ook gaan cliënten frequenter zelfstandig in het buitenland of in het alternatieve circuit op zoek naar (snellere) hulp.

Stijgende hulpvraag

De hulpvraag in de ggz stijgt jaarlijks met 5%, zowel in de 1^e als in de 2^e-lijnszorg. Verbeterde diagnosestelling, de bereidheid eerder hulp te zoeken bij burnout, depressie of (structureel) probleemgedrag en het toegenomen beroep op het PGB, zijn mede debet aan de groeiende wachtlijsten die soms kunnen oplopen tot ruim een jaar. Ook de overheveling van de ggz naar de ZVW (Zorgverzekeringswet) en de WMO (Wet Maatschappelijke Ontwikkeling) brengt meer én andere hulpvragers met zich mee en dus ook andere behandelaars en doorverwijscircuits. Hoewel 1^e lijnspsychologen, psychotherapeuten, spv-ers en maatschappelijk werkers 80% van de kortdurende hulpvraag probeert op te vangen, is de geboden zorg nog onvoldoende; met slechts acht te vergoeden sessies per cliënt per jaar kun je nauwelijks spreken van een 'op genezing gerichte behandeling'.

Diagnoses mogen tegenwoordig ook door o.a. huisartsen, (ortho)pedagogen en klinisch psychologen worden gesteld. Dat is op zich prima maar tijdige of zelfs preventieve behandeling laat vervolgens onverantwoord lang op zich wachten. Je zou kunnen spreken van filevorming op de ggz-snelweg omdat de op- en afritten te smal zijn en de bewegwijzering tot chaos leidt. Vooral jeugdigen of kinderen met (structureel) probleemgedrag (zoals ADHD, PDD-NOS en ASS) bewandelen een langdurige en moeizame weg via de Bureaus Jeugdzorg, mét wachtlijsten, naar de 2^e lijnszorg, mét wachtlijsten. Het tekort aan jeugdpsychiaters is hier extra nijpend; juist bij kinderen en jeugdigen is het zaak zo snel mogelijk met een behandeling te starten ter voorkoming van een levenslange ggz-problematiek met langdurige maatschappelijke uitval als gevolg. Het aloude gezegde 'de kost gaat voor de baat uit' heeft nog niets aan betekenis ingeboet.

Wachtlijsten bij aangepaste woonvormen

En dan, als begeleid zelfstandig wonen de beste behandelvorm is omdat de thuissituatie onhoudbaar is geworden en/of opname in een ggz-instelling geen optie is, wat dan? Dan sta je weer in de rij. Wel twee jaar. Er is een grote behoefte aan begeleid wonen-met-zorg in een gewone woonwijk en aan RIBW's (Regionale Instelling voor Beschermd Woonvormen) maar procedures en bezwaren van omwonenden staan realisatie in de weg. Bezwaren die vaak louter berusten op verkeerde beeldvorming rondom ggz-cliënten.

Mantelzorgers

Terug naar af dus. Dan komt er wederom veel terecht op de overbelaste schouders van familie en/of naastbetrokkenen. Wel eens 24-7 gezorgd voor een schizofrene zoon of een autistisch kind? Bij crisissituaties is er nog (steeds!) te weinig directe noodopvang; een 'bed op recept' is geen overbodige luxe. Net zo min als respijtzorg dat is; familie, naastbetrokkenen en cliënten kunnen dan even uitrusten om chronische overbelasting op termijn te voorkomen. De contouren van een ggz-kringloop beginnen zich af te tekenen; mantelzorgers komen steeds vaker zélf in de psychische problemen.

Dan maar de straat op...

Als structurele zorg vervolgens te lang op zich laat wachten kan de psychische problematiek toenemen. Familie of naastbetrokkenen kunnen de zorg niet langer aan; (gedwongen) opname is geen optie, de begeleid-wonen-huizen en de RIBW's zitten propvol. Wat dan? Zonder medicatie of behandeling de straat op? En dan wachten totdat de, overigens zeer succesvolle ambulante ACT-teams met intensieve bemoeizorg komen helpen?

Is dat alles?

Zou het tekort aan psychiaters, naast de groeiende zorgvraag, écht de enige oorzaak zijn van de groeiende wachtlijsten? We hebben het nog niet gehad over de ouderenzorg (geriatrie), forensische zorg (TBS-klinieken met onbehandelde delinquenten gevestigd op het terrein van ggz-instellingen; een goede combinatie), dak- en thuislozen met of zonder verslavingsproblematiek, zwerfjongeren, comorbiditeit en de complexe zorg voor lichamelijk en/of geestelijk gehandicapten met psychiatrische problematiek enzovoort, enzovoort. Steeds meer mensen, steeds meer (complexe) ggz-problematiek en steeds minder adequate zorg. Help, waar zijn de psychiaters?

Liesbeth Reitsma

Ellis van de Bilt
LPGGz