

ROXANNE VERNIMMEN & RICHARD JANSSEN

## Dankzij dit beleid vijf eeuwen terug in de tijd

**Dat er moet worden bezuinigd, begrijpen de GGZ-instellingen. Maar pleeg overleg met de sector, want er zijn alternatieven voor de draconische rekentafelbesparingen van het ministerie. Nu gaat innovatieve en kostenbesparende zorg verloren.**

Het Willem Arntsz Huis werd 550 jaar geleden geopend in de Lange Nieuwstraat te Utrecht. Op die plek heeft Altrecht nog steeds een van haar belangrijkste behandellocaties. We zijn er trots op al zo lang veel te kunnen betekenen voor mensen met psychiatrische problematiek. Koningin Beatrix sprak op 20 mei jl. in het Willem Arntsz Huis met patiënten en onze medewerkers. Vijftig jaar eerder verblijdde ook haar moeder, koningin Juliana, ons met een werkbezoek.

In de tussenliggende jaren heeft de geestelijke gezondheidszorg een enorme ontwikkeling doorgemaakt. Waar het er in het begin om ging om moeilijke, lastige mensen buiten de samenleving te plaatsen, is ons doel nu om psychiatrische patiënten door gespecialiseerde behandelingen weer zo snel en goed mogelijk deel uit te laten maken van diezelfde samenleving. Nieuwe medicamenteuze, psychotherapeutische en gespecialiseerde begeleidingsmethoden helpen ons daarbij. Methoden die steeds meer *evidence-based* zijn. Het Geestkrachtprogramma van ZonMw van de afgelopen tien jaar heeft hieraan enorm bijgedragen.

Velen, zowel de beleidsmakers als de zorgverzekeraars, zagen de GGZ als een *black box*: welke middelen werden waaraan besteed en welke resultaten leverde dat op? Terecht moesten we ons steeds meer verantwoorden. Om de kwaliteit van de zorg te meten werden prestatie-indicatoren ingevoerd. Helaas namen, onder andere daardoor, ook de administratieve lasten toe met ongeveer 4%.

En in 2010 startte sectorbreed, in samenwerking met de zorgverzekeraars, de routine outcome monitoring (effectmeting) van behandelingen. Een project dat zijn gelijke niet kent in de somatische wereld.

### Ideeën voor besparing

Dat vele psychiatrische patiënten die voorheen zorg meden nu wel in zorg kwamen, leverde een forse stijging op van de uitgaven van de (geestelijke) gezondheidszorg. GGZ Nederland ging haar verantwoordelijkheid niet uit de weg en kwam met een plan om de kostenstijging te beteugelen. Veelal door meer gebruik te gaan maken van innovaties zoals *e-mental health* (een geschatte kostenbesparing tot 30%) en door het omzetten van klinische behandelingen naar geïntegreerde ambulante behandelvormen (25% kostenefficiënter). De komst van de TOP-GGZ-afdelingen in 2008 – waardoor zeer specialistische expertise landelijk beschikbaar werd – toonde dat de sector niet wars is van specialisatie door bundeling van kennis, ervaring en onderzoek. Een trend die nu pas zijn intrede doet in de algemene ziekenhuiswereld.

Om het aantal doorverwijzingen naar de tweedelijns-GGZ te reduceren (in Utrecht met 30%) en om de eerste lijn te ondersteunen, is op vele plaatsen in het land het Indigo-concept ingevoerd. SPV-ers uit de GGZ-instellingen adviseren de huisartsen en voeren zo nodig kortdurende behandelingen uit in de huisartsenpraktijk. Door ervaringsdeskundige en herstelgerichte zorg kunnen steeds meer (ex)psychiatrische patiënten daadwerkelijk als burger deelnemen aan de samenleving.

Bovenstaande initiatieven en innovaties tonen onze wil om schaarse middelen zo efficiënt mogelijk te gebruiken. Daarnaast kwam GGZ Nederland met een plan om politiek en beleidsmakers te wijzen op het economische belang van een goede geestelijke gezondheid. De geestelijke gezondheidszorgsector was en is dus enorm in beweging.

### Ambtelijke rekentafel

We worden nu geconfronteerd met buitenproportionele bezuinigingen, die aan de rekentafel tot stand zijn gekomen. Dat wil zeggen zonder overleg met de sector zelf, die al plannen had gemaakt om te bezuinigen en die meer dan bereid was om, net als bij de algemene ziekenhuizen, een meerjarenakkoord met het ministerie van vws te sluiten. Helaas gingen de afgelopen maanden de aandacht en energie van hetzelfde ministerie uit naar de algemene ziekenhuizen. Vanaf september wil het wel met ons om de tafel gaan zitten om meerjarenafspraken te maken voor de jaren 2013 en later.

Wel vaker sluit de GGZ pas later aan, want zowel in de zvw- als in de AWBZ-financiering zijn wij een kleiner deel van het grotere geheel. Dat is ook een van de redenen waarom we al jaren pleiten voor de gehele omzetting naar



de zvw-financiering. Zorginhoudelijk horen we daar ook thuis, want onze patiënten hebben in dezelfde mate recht op curatieve zorg als patiënten met somatische problematiek. Want wat is het verschil tussen een patiënt met een manisch-depressieve stoornis en iemand die lijdt aan multipele sclerose? (Zie hierover de open brief van hoogleraren psychiatrie aan de minister van vws in het *NRC Handelsblad*; Kahn e.a., 2011).

Dan zwijgen we nog over de comorbiditeit van vele somatische en psychiatrische ziektebeelden met percentages variërend van 20 tot zelfs 60%. 30-50% van de patiënten in een algemeen ziekenhuis heeft lichamelijk onverklaarbare klachten. Tijdige onderkenning van psychiatrische stoornissen kan zeer veel leed en kosten besparen. De periode tussen het begin van de psychosomatische klachten en de klinische behandeling is nu gemiddeld vijf tot tien jaar. Jaren waarin mensen in een spiraal van toenemende lichamelijke invalidering, ontreddering en sociaal isolement terecht kunnen komen. Een specialistische behandeling in de GGZ zorgt voor een daling van de totale zorgkosten van 1000 euro naar 400 euro per jaar, gemeten tot zelfs twee jaar na de behandeling, bij een patiënttevredenheid van 8,1.

Het wegnemen van financiële schotten en het op elkaar afstemmen van de inkoopprocessen tussen de algemene ziekenhuizen en de GGZ maakt dus nog grote kostenbesparingen mogelijk. Een eigen bijdrage alleen

voor psychiatrische behandelingen is zeer stigmatiserend. Alsof mensen zich voor hun plezier melden bij de psychiater of bij een andere professional in de GGZ. Psychiatrische patiënten zijn ziek en willen dolgraag beter worden om weer te kunnen deelnemen aan de

## Innovatie wordt de nek omgedraaid

samenleving. Alleen hebben ze, vaak als gevolg van hun ziekte, een inkomen dat gemiddeld 30% lager ligt dan dat van andere patiënten. Hierdoor komen zij later – en soms te laat – in behandeling, met meer maatschappelijke teloorgang, spoedzorg en klinische opnames, dus extra (zorg)kosten, als gevolg.

De bezuinigingsmaatregelen zijn niet in samenspraak met de sector tot stand gekomen, zijn onzinnig en slaan de plank volledig mis. Het kan toch niet zo zijn dat al onze goede behandelinhoudelijke innovatieve en kostenbesparende zorgconcepten in 2012 voortijdig de nek om worden gedraaid, waardoor we meer dan vijf eeuwen teruggeworpen worden in de tijd?!



**Literatuur**

Kahn, R., Os, J. van, Hoogendijk, W. e.a. (2011). Open brief aan minister Schippers. *NRC Handelsblad*, 21 juni 2011.

**Personalia**

drs R.H.M. Vernimmen (1959), psychiater, is voorzitter van de Raad van Bestuur van Altrecht, Utrecht.  
r.vernimmen@altrecht.nl

prof. dr R.T.J.M. Janssen (1954) is lid van de Raad van Bestuur van Altrecht en hoogleraar Gezondheidseconomie aan de Universiteit van Tilburg.  
r.janssen@altrecht.nl



619

PRINSESOGNUMMER