

Wat zijn visiesheets?

In een reeks 'visiesheets' legt Ypsilon vast wat haar officiële standpunten zijn rond actuele onderwerpen. Standpunten die op één A4-tje zijn verwoord en worden gedragen door de leden van de vereniging.

De documenten dienen zowel interne als externe doelen:

- **Extern** geven ze in korte maar krachtige bewoordingen weer waar Ypsilon voor staat.
- **Intern** geven ze richting aan het werk van belangenbehartigers, die zich gesteund weten door een breed gedragen visie. De visiesheets bieden een handvat om landelijke standpunten ook regionaal te kunnen uitdragen bij hun lobbywerk.

Een visiesheet is een levend document, dat altijd kan worden aangepast aan de actualiteit. Voor de meest recente versie van een visiesheet kunt u terecht op onze website:

www.ypilon.org/visie

Ambulantisering

De plaats maakt niet uit, als de zorg maar goed is!

GGZ-instellingen, beroepsgroepen en zorgverzekeraars hebben met de minister van VWS afspraken gemaakt om in de GGZ minder vaak over te gaan tot opname in een ziekenhuis. 'Ambulantiseren' noemen ze dat in Den Haag. Niks nieuws, want in de specialistische geneeskunde wordt allang zo gewerkt. Bij tal van operaties is de patiënt na een paar dagen weer thuis en komt hij alleen nog terug voor controle. Verbandjes verversen doet een huisgenoot, voor het ingewikkelder werk komt een verpleegkundige, soms zelfs meermalen per dag. Het kán dus, maar dat wil nog niet zeggen dat de zorg altijd beter wordt. Of goedkoper. Welke lessen kunnen we leren uit de 'gewone' zorg?

Wat speelt?

De Nederlandse GGZ heeft relatief veel bedden: 189 per 100.000 inwoners, terwijl Engeland er 85 heeft en Frankrijk 56. Is Nederland zieker dan de ons omringende landen? Nee. Wel tellen in het Nederlandse cijfer ook RIBW-plekken mee als bed; een voorziening die andere landen nauwelijks kennen. Maar het grootste verschil zit in de financiering: Nederland betaalt naar de plaats waar de zorg wordt verricht: een ziekenhuisbed levert een GGZ-instelling meer geld op, ook als er feitelijk nauwelijks iets met de patiënt wordt gedaan. Dat wordt nu anders. In 2020 moet de psychiatrie met 30 procent minder bedden toekunnen, is in het zogeheten 'bestuurlijk akkoord' afgesproken. Of de zorg daar écht goedkoper mee wordt, is de vraag. Nu al voelt de familie de druk, dus werken in goede harmonie binnen de 'triade' is belangrijker dan ooit.

Wat vindt Ypsilon?

Niet iedereen kan het bed uit. De meeste mensen die ziek worden, hoeven niet te worden opgenomen. Toch pleit niemand ervoor om dan maar de verpleeghuizen af te schaffen of hun zorg uit de AWBZ te halen. Zo geldt dat ook voor de GGZ. Van de 160.000 mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die in zorg zijn, ontvangt 80 procent al ambulante hulp. Daarnaast kent de GGZ een groep die niet buiten het ziekenhuis kan: mensen die recht hebben op de grootst mogelijke zorg, op hulpverleners die present zijn, op liefde, warmte en continuïteit. Vanuit het besef dat dit het enige is wat ze hebben en dus vanzelfsprekend betaald uit de AWBZ.

Ambulantisering kan alleen onder goede condities. De vraag waar de patiënt het beste af is, wordt bepaald door de toestand van de patiënt, de situatie thuis en de beschikbare behandelopties. Zo geldt dat ook voor de GGZ. Maar zorgvuldigheid is geboden, want spanningen kunnen de toestand van de patiënt snel verergeren. Ook voor veel familieleden is het spannend of de stap naar 'buiten' zal slagen of niet. Eerdere slechte ervaringen, waarbij ontslag uit het ziekenhuis soms betekende dat daarna alle zorg wegviel, maken de druk groot. En familieleden terecht voorzichtig.

Daar staat tegenover dat *iedereen* in zijn leven spannende stappen heeft gezet om vooruit te komen - de eerste relatie, een school- of rijexamen, de eerste vakantie zonder ouders, een huis kopen. Zonder uitdaging geen groei. Maar de stap moet goed worden begeleid en moet nog dezelfde dag zijn terug te draaien als duidelijk wordt dat het niet gaat lukken, zoals dat elders in de zorg ook is geregeld.

Goede zorg gaat uit van een drieslag. Zorg is pas goed als er aandacht is voor de persoon en de kwaliteit en continuïteit gewaarborgd zijn. Patiënten en familie moeten zelf zeggenschap hebben over de kwaliteit van de zorg: zij bepalen wat goede zorg is en niemand anders. De zorg moet dus op de persoon zijn toegesneden. Mensen verschillen; hun zorgbehoefte dus ook. Altijd weer moet worden gekeken naar hoe deze patiënt het best kan worden ondersteund.

En de zorg moet continu zijn om terugvallen waar mogelijk te voorkomen. Zorgverzekeraars Nederland formuleerden daarnaast nog nuttige randvoorwaarden in de Inkoopleidraad EPA (Ernstige Psychiatrische Aandoeningen).

Ambulante zorg is niet gelijk aan minder zorg. Schizofreniezorg is de meeste tijd specialis-tische zorg. De afbouw van bedden betekent wat Ypsilon betreft dat de zorg *anders* wordt en niet per definitie *minder* of minder *specialistisch*. In het bestuurlijk akkoord heeft het Landelijk Platform GGZ nadrukkelijk een volgorde bedongen: pas afbouw van bedden als de ambulante zorg goed is ingericht – niet andersom. Een landelijk dekkend netwerk van kwalitatief goede FACT- en VIP-teams is voor het welslagen cruciaal, net als voorzieningen voor zinvolle dagbesteding. Dit vraagt om nauwe afstemming tussen alle partijen. Ook een snelle komst van de Wet Verplichte GGZ (WVGGz) is van belang, omdat de huidige BOPZ te weinig kaders schept voor dwang buiten het ziekenhuis.

Investeren in familie is kans én noodzaak. Ontegenzeggelijk wordt de betrokkenheid van de familie groter. Willen we dat? Ja. Sterker nog: we hebben er jarenlang voor gestreden (zie ook Visiesheet 3; de rol van de familie). Maar wel op de voorwaarde, dat de familie goed wordt toegerust voor die opvang in eigen omgeving. Eindeloos veel familieleden laten dagelijks zien dat ze best willen helpen in de zorg. Betrokken, getrainde familie leidt aantoonbaar tot een betere prognose. Zorg van familieleden is bovendien vertrouwder en goedkoper. Maar de kring om de patiënt moet dan wel groter zijn dan bijvoorbeeld de moeder alleen. En het blijven familieleden, geen professionele hulpverleners. Dus willen familieleden een waardevolle bijdrage kunnen leveren, dan moeten ze beschikken over de juiste kennis, vaardigheden hebben aangeleerd en altijd een vangnet hebben voor als het fout dreigt te gaan. Nu al zijn veel familieleden overbelast en de zorg wordt alleen maar slechter als zij de handdoek in de ring moeten gooien.

Het is aan zorgaanbieders en gemeenten om dit tij te keren. Ypsilon en Bureau de Mat kunnen hen daarbij op concrete en praktische wijze met advies en ondersteuning bijstaan vanuit het centrum waarin zij hun kennis bundelen.

Concluderend

Ooit riep de familie en dus ook Ypsilon vaak om een opname, om een 'bed'. Niet omdat ze vond dat iedereen beter af was in een ziekenhuis, maar eenvoudigweg omdat ze te laat werd gehoord en omdat alternatieven ontbraken. De laatste 10 jaar is er met name in de organisatie van de zorg veel verbeterd. Doorslaggevend is niet langer de *plaats* waar de zorg plaatsvindt, maar het feit *dat* er goede zorg plaatsvindt. Dit is in de nieuwe Wet verplichte GGZ straks ook zo geregeld. Dus moet het in een beschutte omgeving als een RIBW of psychiatrisch ziekenhuis, dan moet dat. Maar als die zorg kan in een omgeving waar iemand zich al thuis voelde, dan heeft dat vanzelfsprekend de voorkeur.