

Betere psychische gezondheid in Nederland: voorstel voor een GroenLinks PvdA visie

Door Arnold van der Lee, Guus Schrijvers, Youri Berends, Bert Frings, Roderik Plas, Machteld Ploeg en Paulien van Hessen, die gezamenlijk de ggz-werkgroep van GroenLinks PvdA vormen.

De Casus van de jonge vrouw op de lange wachtlijst

Een jonge vrouw met meerdere psychiatrische problemen wordt telkens afgewezen door instellingen die geestelijke gezondheidszorg (ggz) aanbieden. Reden is dat deze wel gespecialiseerd zijn in één van haar problemen, maar niet in haar combinatie ervan. Ze is te 'crisisgevoelig' of ze woont niet in een gebied waar voor haar de passende zorg geboden wordt. Ze krijgt zelfs het advies om te verhuizen naar een andere regio. Daar zou wel een ggz instelling zijn die haar zou kunnen helpen. Ze kan slechts kortdurend opgenomen worden, omdat ze anders haar plek in de begeleide woonvorm waar ze woont verliest. Ze komt op een lange wachtlijst zonder uitzicht op hulp. De huisarts durft de psychiatrische medicatie die ze krijgt niet voor te schrijven en de ggz geeft aan niet enkel een medicamenteuze behandeling te geven wanneer dit niet in een breder behandelkader is. Ze wordt wanhopiger en komt vaker in crisis. De huisarts verwijst haar opnieuw voor een klinische opname, maar daar krijgt ze te horen dat er een opnamestop is.

De WHO: sociale samenhang en weerbaarheid voor iedereen

In 2022 publiceerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) haar World Mental Health Report: Transforming mental health for all! Ze wil de wereld zo inrichten dat alle mensen een zelfstandig en betekenisvol leven kunnen leiden. Waardoor mensen minder in psychische nood komen. Als dat toch gebeurt, krijgen ze de nodige zorg en ondersteuning om te herstellen. Om dit te ondersteunen wil de WHO sociale samenhang bevorderen, weerbaarheid versterken, zorgen voor goede scholing, woonruimte, werk, een veilige gezonde woon- en werkomgeving én bestaanszekerheid. Zorg en ondersteuning moeten in alle vormen van beleid meegenomen worden. Wij zijn het daarmee eens. Het is het tijd om anders te kijken naar psychisch lijden. We ruimen de obstakels op die tegenhouden dat we mensen daadwerkelijk helpen. Daarbij moet de nadruk komen te liggen op het voorkómen van en zorg en waar nodig ondersteuning bij psychische nood. De werkgroep ggz van het zorgnetwerk GroenLinks PvdA onderzocht nieuwe, hoopvolle, initiatieven in de ggz. Wij spraken daartoe een vijftigtal beleidsmakers, hoogleraren, behandelaren, zorgverleners en zorgvragers. Wij vroegen hen naar de actuele problemen in de geestelijke gezondheidszorg. Hoe ze die proberen op te lossen en welke belemmeringen ze daarbij ervaren. Dat leidde tot de globale visie hieronder. Die visie willen we graag verder uitwerken samen met de Tweede Kamerfractie. Dat leidt dan tot concrete wetswijzigingen, betaalsystemen en beleid voor specifieke doelgroepen zoals mensen met taalachterstand, gedwongen opnamen en mensen met een verslaving.

HUIDIGE SITUATIE

De ggz is omvangrijk: meer ggz is niet de oplossing

In december 2023 wachtten 97.450 mensen op ggz-zorg. Van hen wachtten 55.390 langer dan de wachttijd die aanvaardbaar wordt geacht (de "Treeknorm"). Het aantal cliënten bij de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz nam tussen 2018 en 2023 flink toe: van 518.000 naar 712.000. Er was echter geen sprake van substitutie met de cliëntaantallen in de specialistische ggz. Deze namen in dezelfde periode in lichte mate ook toe. Terwijl het aantal werknemers in de ggz toe nam van 84.900 personen in 2016 naar 109.400 in 2023.

De kosten voor geestelijke gezondheidszorg, betaald vanuit de Zorgverzekeringswet, in 2023 waren 5.3 miljard euro en, in 2018 3,7 miljard. De gemiddelde ggz kosten kwamen in 2022 uit op 259 euro per inwoner. Opvallend is de ongelijke verdeling naar inkomen: onder de armste 10 procent van de bevolking werd er 695 euro per persoon per jaar uitgegeven aan ggz-zorg, voor de rijkste 10 procent van de bevolking was dat 123 euro. De vraag naar en kosten van ggz stijgen stevig. Verdere stijging is niet betaalbaar. De sociaal- economische verschillen in toegang tot ggz-zorg en in gezondheid nemen toe.

Meer psychische nood, want de maatschappij wordt complexer

Psychische nood is van alle tijden, maar de druk op mensen neemt toe. We leven in een steeds ingewikkeldere samenleving. Regels, wetten en formulieren zijn voor velen niet te begrijpen. Eisen vanuit de samenleving en eisen die men zichzelf oplegt worden steeds hoger. Werkgevers vragen meer diploma's en ervaring. Er is minder sociale samenhang waardoor mensen minder steun uit de omgeving krijgen. Het gaat bij veel mensen niet goed op meerdere leefgebieden tegelijk. Ze hebben bijvoorbeeld een combinatie van hoge schulden, belastend werk, géén eigen woonruimte of zijn eenzaam. Die komen vaak voort uit maatschappelijke oorzaken. Termen als "participatiemaatschappij" leggen het probleem bij het individu. Als het mensen niet lukt in deze maatschappij mee te draaien, ontstaan er gevoelens van eenzaamheid en vervreemding. Dit leidt tot een toename van de ervaren psychische druk, wat leidt tot psychische nood. Zo kunnen maatschappelijke problemen uiteindelijk uitmonden in psychische problemen. Velen hebben dan zorg en ondersteuning nodig om zo zelfstandig te komen tot een zinvol bestaan. Zij vertrouwen vaak de overheid en hulpverleners niet. Dat is versterkt door de toeslagenaffaire. Het komt ook doordat wetten, regels en zorgcontracten uitgaan van wantrouwen en controle op zorgverleners en burgers. Vaak is de huisarts nog de enige die men vertrouwt. Dan vraagt men een medische of psychologische oplossing in plaats van het aanpakken van de sociale problemen. Dit verklaart mede de sterke stijging van lichtere vormen van psychische behandeling.

Zorg en ondersteuning moet beter

De zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problemen, van aanpassingsproblemen tot psychiatrische zorg voor Ernstig Psychiatrische Aandoeningen (EPA), piept en kraakt. Het gaat niet alleen om geestelijke gezondheidszorg. Velen gaan eerst naar de huisarts en krijgen zorg in de zogenoemde 'eerste lijn'. Ook gemeenten leveren ondersteuning voor hun burgers. Dat doen ze vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), en de wetten Jeugdzorg en Participatie. Maar ook de GGD-en, politie, scholen en verenigingen zijn belangrijk in het signaleren en helpen van mensen met psychische problematiek.

Verkeerde prikkels

Zorg- en hulpverleners doen hun uiterste best de zorg zo goed mogelijk te leveren. Zij werken samen om de zorg te verbeteren. Het is de manier waarop overheid, zorgverzekeraars, zorgkantoren en ggz-aanbieders in Nederland de zorg en ondersteuning van mensen hebben ingericht. De belangen van deze partijen leiden tot verkeerde keuzes. Daardoor staat niet de hulp die nodig is centraal maar het eigen voortbestaan.

De belangrijkste keuze in Nederland is dat problemen moeten voldoen aan strak vastgestelde eisen. Pas als alle vinkjes gezet zijn dan krijgt een cliënt toegang tot hulp. De hoeveelheid en intensiteit van de zorg is strak vastgelegd, of dat passend is of niet. Die zorg wordt betaald en vergoed. De onderliggende denkwijze is die van medische classificatie. Er is een omschreven stoornis met bijpassende behandeling. Dat leidt tot symptoombestrijding. Het is een manier van denken die ervan uitgaat dat professionals één vastgesteld probleem oplossen. Daarbij wordt te weinig nagegaan of dat nu wel het op te lossen probleem is. Er is te weinig ruimte voor de individuele (levens)vragen van de

zorgvrager. De hulp stopt als het vastgestelde probleem is 'opgelost'. Ook wordt te weinig nagegaan wat iemand zelf kan. De psychiatrie en ook daarbuiten past dit 'medisch model' toe. Psychisch en sociaal lijden wordt gemedicaliseerd. Mensen worden patiënten en worden afhankelijk van de zorg. Deze aanpak leidt vaak tot vastlopende behandeltrajecten met wanhopige zorgvragers en soms ook wanhopige zorgverleners. Zij missen de middelen om deze problemen adequaat aan te pakken. Het helpt hen als ook zij maatschappelijke problemen gaan herkennen en die samen met anderen kunnen oplossen.

Hulpverleners worden door deze inrichting van de zorg beperkt in hoe zij goed hun werk kunnen doen. Psychiaters worden eerder ingezet als "stempelaars" dan als goed opgeleide hulpverleners. Anderen mogen alleen bepaalde handelingen verrichten terwijl ze goed zien hoe het beter kan. Het werk wordt zo onaantrekkelijk. Hulpverleners, waar al een tekort aan is, vertrekken uit de zorg.

Door de regels is het aantrekkelijk om patiënten met enkelvoudige problemen en een 'overzichtelijke' zorgvraag te helpen. De ggz instellingen specialiseerden zich in behandeling van bepaalde stoornissen. Er ontstonden echter wachtlijsten voor mensen die complexere zorg nodig hebben of zorg voor op meerdere levensgebieden. Zorgverzekeraars verzaken hun zorgplichtⁱⁱ Preventie wordt ontmoedigd, want dit wordt niet vergoed.

Voor velen is hulp en ondersteuning krijgen erg lastig. De kennis ontbreekt vaak over wat er allemaal mogelijk is. Bij wie moet je beginnen? Door welke administratieve hoepels moet je springen? Dat is voor hoger opgeleiden al ingewikkeld. Mensen met een lagere opleiding, mensen die de taal niet goed machtig zijn en mensen met hoge stress door zware problemen lukt dat geregeld niet. Ook mensen met een licht verstandelijke beperking krijgen vaak niet de juiste zorg.ⁱⁱⁱ

Door die verkeerde prikkels, waarbij enkelvoudige problematiek aantrekkelijker is om te behandelen dan complexe problematiek, ontstaan uitwassen. Voor gemeenten is het daardoor bijvoorbeeld financieel aantrekkelijk om bewoners over te krijgen van de WMO naar de Wet Langdurige Zorg (WLZ). Door een fout in de financiering van de ggz, de risicoverevening, houden verzekeraars en instellingen geld over op lichtere zorgvragen waar relatief weinig zorg voor nodig is. Zorgaanbieders komen tekort op complexere zorgvragen waar veel zorg voor nodig is en afdelingen voor die zorg worden gesloten.^{iv}

WAT MOET VERANDEREN?

We zien drie belangrijke veranderingen die nodig zijn:

1) Van symptoombestrijding naar preventie en herstel

Psychische gezondheid is voor iedereen verschillend. Het gaat erom dat je goed en zelfstandig functioneert in je sociale omgeving. Dat je je weerbaar voelt bij tegenslagen en accepteert dat je leven niet plaatje perfect kan en hoeft te zijn. Psychische gezondheid is niet eenvoudig te bereiken of te houden. Het leven zit soms zwaar tegen. Dan kan hulp nodig zijn om psychische nood te voorkomen of om te herstellen.

Wanneer hulp nodig is moet vooral goed nagegaan worden wat er nodig is. Een goede diagnose bestaat uit een analyse van problemen, maar ook van de sterke kanten van iemand. Wat belemmert preventie of herstel? Wat is de invloed van psychosociale factoren zoals problematische schulden, werkstress, of is het de dreiging van onheil zoals dakloosheid. Waaraan, hoe en met wie kan preventie of herstel bereikt worden? Wat kan op eigen kracht? Waar helpen mensen in de eigen omgeving mee? Waar is professionele hulp bij nodig? Wanneer is het voldoende?

Bij langdurige behoefte aan hulp moet die hulp georganiseerd worden. Die hulp kan in de tijd variëren van lichte ondersteuning (waakvlamzorg^v) tot zware specialistische zorg. Het gaat erom te

voorkomen dat iemand onnodig afhankelijk wordt van hulp. Doel is een zo zelfstandig en zinvol mogelijk leven leiden.

2) Wijkgerichte samenwerking

Om met de woorden van Jules Deelder te spreken: “de omgeving van de mens, is de medemens”. De sociale omgeving van mensen is de eerste bron van hulp. Deze ‘informele zorg’ en ondersteuning komt van lotgenoten, familie, buren, mantelzorgers, vrijwilligers en tal van verenigingen. De ‘formele’ hulp komt van uit de gemeente (sociaal domein), de eerstelijnsgezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg. De zorg en ondersteuning komt dus vooral uit de directe omgeving, de wijk of het dorp. Veel mensen hebben op meerdere leefgebieden hulp nodig. Het onderliggende probleem b.v. depressie is vaak alleen op te lossen als er aandacht gaat naar de financiële situatie wanneer er sprake is van armoede. Dan moeten meerdere hulpverleners samenwerken. In de praktijk blijkt dat erg lastig. Het vergt veel energie en tijd van de hulpverleners om elkaar te leren kennen en te vertrouwen. Zij moeten gezamenlijk afspraken maken. De belangrijkste afspraak is dat mensen geholpen worden wat hun problemen ook zijn. Dat mensen snel en goed hulp krijgen. Een hulpverlener die niet de kennis of ervaring heeft om de benodigde hulp te geven, schakelt anderen in. De zorgvrager wordt niet in de steek gelaten. Waar nodig kan de ggz geconsulteerd worden. Bij noodsituaties moet de ggz de zorg overnemen voor zolang en zover dat nodig is. Langdurige zorg, zoals fact-teams en beschermd wonen moeten er zijn voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Het is niet alleen zorg, ook het aanpakken van energie-armoede, isolatie van woningen, toepassen van groot onderhoud, behoud van ontmoetingspunten en sport- en onderwijsvoorzieningen horen bij de oplossingen.

Vele goede voorbeelden van wijkgerichte zorg

Er zijn veel goede voorbeelden waar wijkgerichte samenwerking lukt. Die ontstaan vanuit diverse kanten. Herstelacademies^{vi} zijn plekken waar laagdrempelige hulp wordt geboden. Dat kan door bijvoorbeeld lotgenoten contact, maatschappelijk werk, voorlichting en hulp bij praktische zaken. Zij ontstonden vanuit ervaringsdeskundigen. Andere voorbeelden zijn zorgcoöperaties door inwoners, krachtige basiszorg vanuit de eerste lijn, consultatie en inzet vanuit ggz instellingen, wijkaanpak vanuit gemeenten. Op die manier kan de inzet van meer (ggz) zorg voorkomen worden.

Enkele voorbeelden wijkgerichte samenwerking	
Zorgcoöperatie Austerlitz Zorgt	https://www.austerlitzzorgt.nl/
Netwerkorganisatie GezondVeluwe	https://www.gezondveluwe.nl/
Proeftuin Ruwaard	https://www.proeftuinruwaard.nl/
Donderberg Roermond	https://www.donderbergroermond.nl/
Krachtige Basiszorg	https://krachtigebasiszorg.nl/
Ggz Noord-Holland-Noord	https://www.ggz-nhn.nl/

De problemen in wijken verschillen sterk naar hoeveelheid, soort en ernst. Ook verschilt per wijk de aanwezige sociale basis en vormen van samenwerking die er al zijn. En zeker de wil en inzet van inwoners, politiek of hulpverleners om samen te werken bepalen welke vorm een succes kan worden. Het is vooral ook mensenwerk! Meerdere vormen van wijkgerichte samenwerking hebben succes. Er moet daarom ruimte binnen regels en financiering zijn voor verschillende vormen van wijkgerichte samenwerking. Lessen over successen en problemen zijn opgehaald en beschreven door o.a. het Trimbosinstituut, de SER, de RVS. Zij bepleiten, net als de werkgroep, grootschaliger innovatie.

Tot nu toe worden succesvolle vernieuwing van samenwerken binnen wijken, kortdurend gesubsidieerd. De vernieuwingen verdwijnen vaak weer. Om dat te voorkomen kiezen we voor langdurige financiering. Om succesvolle vernieuwingen breder in te zetten passen we waar nodig het verzekeringsstelsel en andere wet- en regelgeving en financiering aan. Zo leiden de wijkaanpakken naar een landelijke duurzame betere zorg en ondersteuning in onze maatschappij.

3) Schaarste eerlijk verdelen

Op de korte termijn vraagt de schaarste aan hulpverleners om een rechtvaardige verdeling van de hulp. Alleen afspreken dat de verdeling rechtvaardig moet zijn is niet voldoende. In de praktijk moet een burger gemakkelijk hulp krijgen. Verschillen in cultuur, kennis, taal tussen hulpzoekenden en hulpverleners moeten overbrugd worden. Het verdelen van schaarste op basis van alleen doelmatigheid is eenzijdig en negeert de ernst van het lijden van mensen.

Voor een rechtvaardige verdeling van de schaarste moet er extra aandacht en hulp zijn voor groepen mensen die de hulp minder goed kunnen bereiken. Voorrang voor de meest kwetsbaren is nodig. Het gaat bijvoorbeeld om mensen met lage inkomens en lage opleiding, laaggeletterdheid of mensen met een licht verstandelijke beperking voor wie de toegang tot hulp ondoorzichtig en onbekend is. Wie complexe zorg behoeft, heeft een goede diagnose en specialistische zorg nodig. Extra tijd voor een goede diagnose en behandeling leidt niet alleen tot de juiste zorg, en voorkomt zwaardere zorg. Licht verstandelijk gehandicapten worden vaak niet herkend en zonder de juiste hulp komen zij in ernstige problemen. Actief worden er contacten gelegd in de wijk onder groepen waar hulp nodig is maar die het niet vragen of krijgen.

HOE NAAR EEN BETERE PSYCHISCHE GEZONDHEID?

In de eerste plaats, moeten we onze samenleving zo inrichten dat mensen minder in psychische nood komen. Dit heet gezondheidsbescherming. Denk aan: Meer sociale samenhang, meer ruimte voor variatie in leef- en mensbeeld, minder prestatiedruk, voldoende goede woonruimte, onderwijs, werk en bestaanszekerheid. Op de tweede plaats denken wij aan het ondersteunen en verhogen van de weerbaarheid van individuen: weerbaarheid tegen die maatschappelijke druk. Dan gaat het om het kunnen omgaan met tegenslagen, verlies, onbehagen, eenzaamheid, geleidelijke achteruitgang en ouder worden. Ook leren signaleren en voorkomen van terugval door het weer acuut worden van psychische noden. Er is veel mogelijk binnen de huidige wetten en regels om te veranderen. Steek daarom weinig tijd en energie in grote aanpassingen. Pas alleen regels en financiën aan waar nodig. Complexe stelselwijzigingen lossen soms problemen op. Vaker ontstaan er onverwachte nieuwe. Laat vernieuwingen van onderaf ontstaan, en stimuleer ze met langdurige financiering: geen pilots die na drie jaar weer stoppen. Het gaat om samenwerking tussen mensen die elkaar moeten vinden en vertrouwen. Verleid de hulpverleners door het werk leuker te maken.

Lokaal regelen

Uit de interviews met initiatiefnemers leren we dat lokale initiatieven niet zomaar zijn te verplaatsen naar een andere regio. Waarom iets op een bepaalde plek werkt is niet altijd te begrijpen. Dit brengt ons op de volgende beleidsadviezen:

- Het advies is daarom om klein te beginnen en gebruik te maken van samenwerkingen die al bestaan. Leer van de vele voorbeelden die in het land al bestaan. Zet in op langdurige financiering en waar mogelijk gebruik lokale fondsen of IZA gelden. Verbind preventie, welzijn en zorg en maatschappelijke problemen die mensen ondervinden.
- Daarvoor blijft nodig dat ook en juist in de wijk hulpverleners leren elkaar te vinden en te kennen. Breng informele en formele hulp bij elkaar. Vertrouwen moet op al deze niveaus parallel ontstaan, samenwerking moet geleerd worden.

- Help de hulpvrager met goed onderzoek wat nodig is. Vermijd indeling in klassen. Sluit niemand uit omdat die niet “past”.
- Ga na hoe de ggz in de wijkaanpak ingepast kan worden. Psychische zorg vindt in de wijk plaats met goede consultatie vanuit de ggz. Waar de ernst van psychische of psychiatrische problemen dat vragen kan specialistische zorg vanuit de ggz toegevoegd worden voor zover en zolang dat nodig is. Mensen met acute ernstige psychiatrische aandoeningen zullen meer of helemaal behandeld worden door de specialistische ggz, terwijl het bij langdurige of minder complexe zorg meer gaat over de maatschappelijke inbedding.
- Onderzoek en bundel de ervaringen met de mentale gezondheidscentra en -netwerken van huisartsenzorg, sociaal domein en hulpverleners ggz elk jaar opnieuw en zet deze om in duurzame aanpakken.
- De zorg vanuit de wijk is er bij voorkeur voor alle inwoners in een bepaald gebied. Dat zal niet altijd kunnen. Het kan zijn dat hulpverleners niet mee willen doen. Een van de geïnterviewde wethouders gaf aan dat je vooral moet beginnen met de hulpverleners die willen vernieuwen. De anderen sluiten wel aan als ze zien dat de nieuwe aanpak werkt.
- Bij de start van elke nieuwe vorm van samenwerking moet nu het doel zijn om de zorg blijvend te veranderen, ook de financiering van de samenwerking. Te veel goede initiatieven zijn slechts voor enkele jaren gesubsidieerd. De onzekerheid over hoe het daarna betaald en uitgebreid kan worden weerhouden hulpverleners om mee te werken. Bovendien gaan de goede resultaten dan na de subsidieperiode vaak verloren.

Landelijk regelen

De landelijke politiek moet de ontwikkelingen in de samenwerking per wijk faciliteren en volgen, niet voorschrijven of opdringen. Daarnaast heeft zij de taak om belemmeringen weg te nemen en zo ruimte te creëren voor nieuwe initiatieven. Gezorgd moet worden voor langjarige financiering en ondersteuning. Zorg vooral voor verbreding van zorg naar het sociaal domein en preventie. De wet Aanpak Meervoudige Problematiek Sociaal domein (WAMS^{vii}) moet bijv. gegevensuitwisseling mogelijk maken. In de verschillende wetten, zoals de ZVW en de WMO, kunnen vergoedingen voor samenwerking ingevoerd worden. Welzijn op recept^{viii} is een goed voorbeeld dat al bestaat. Een ander voorbeeld is hulp leveren zonder administratieve last, bijvoorbeeld met 30% vrije ruimte voor hulpverleners.

Dit brengt ons op de volgende beleidsadviezen voor de korte termijn:

- Regel dat een bepaalde hoeveelheid zorg landelijk beschikbaar is, voor complexe psychiatrische zorg en jeugdzorg.
- Bestrijd uitwassen zoals de enorme overheveling van mensen van WMO naar de WLZ omdat dat financieel beter uitkomt voor gemeenten.
- Herstel fouten in wetten of regels zoals in de financiering van de ggz waardoor juist afdelingen voor complexe ggz-zorg gesloten worden.
- Zorgverzekeraars moeten hun zorgplicht beter nakomen.
- Zet stevig in op meer en sneller “lerende omgevingen”. Leg de verantwoordelijkheid hiervoor bij 1 bestaande landelijke organisatie b.v. het Trimbos instituut. Kennis over preventie en over samenwerking in wijken moet daar samen gebracht worden en toegankelijk gemaakt. Die organisatie gaat na wat wel werkt en wat niet, waar en waarom. Wat zijn de kansen en belemmeringen? Zij komt met voorstellen hoe wetten en regels aan te passen. Zo kunnen we leren van goede voorbeelden. Die landelijke organisatie betreft vertegenwoordigers vanuit de samenwerkende wijken, gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders erbij. Ook experts uit de vele advies- en onderzoeksinstellingen, zoals bijvoorbeeld de RVS en AKWA, beroeps- en brancheverenigingen en de opleidingen nemen deel.

- Maak in de verschillende wetten geld vrij om de samenwerking in de wijk te betalen. Ga bij alle wetten na of die bijdragen aan betere psychische gezondheid.
- De zorg in de wijk wordt versterkt, de ggz zal kleiner kunnen worden.
- Start pilots met een populatiegerichte sturing en financiering van de ggz voor de inwoners van een buurt of wijk. Een goed voorbeeld daarbij is de financiering van de huisartsenzorg. Het grootste deel van de inkomsten komt uit de geschatte zorgbehoefte van die populatie, een beschikbaarheidsfinanciering. Een veel kleiner deel van de inkomsten komt uit geleverde zorg. En tenslotte kunnen zij extra inkomsten verwerven uit innovaties. Dit model noemen we ook wel het cappuccinomodel^{ix}.

Zo kunnen we werkende weg groeien naar betere zorg voor onze inwoners. Zorg en ondersteuning waarbij het ook stimulerend werken is.

Toekomstvisie voor de casus waarmee dit artikel begint

In onze visie bevindt de vrouw die in de casus aan het begin van dit artikel werd beschreven zich niet in een zorgvacuüm. Ze wordt binnen een wijknetwerk ondersteund, wanneer ze niet in staat is zelf haar problemen op te lossen. Vanuit het sociaal team wordt ze ondersteund in haar praktische problemen. Waar nodig wordt de ggz betrokken, bijvoorbeeld voor gesprekstherapie en medicamenteuze behandeling. Indien er een meer gespecialiseerde behandeling plaats moet vinden, wordt ze hiervoor verwezen. Haar eigen hulpverleners blijven betrokken zodat ze ook weer kan terugkeren naar haar eigen omgeving. In de wijk heeft ze verschillende mogelijkheden om haar eigen maatschappelijke bijdrage te leveren waar ze actief bij wordt betrokken. Zo kan ze na een (intensieve) behandeling ook weer terugkeren naar haar eigen omgeving. Ze weet zich geborgen en voelt zich veilig tussen mensen die ze intussen goed kent en die met haar op blijven lopen. Ze kan haar eigen ervaringen en moeilijke perioden weer inzetten om anderen te helpen en hen perspectief te bieden.

Op 31 januari 2025 organiseert de werkgroep ggz een symposium over de nieuwe initiatieven in de ggz. Je kunt je aanmelden via: <<LINK>>

ⁱ <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>

ⁱⁱ <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2024/03/12/nza-treedt-op-tegen-zorgverzekeraars-voor-niet-nakomen-zorgplicht>

ⁱⁱⁱ <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2024/04/04/wachttijden-ggz-blijven-hoog-mensen-wachten-in-bijna-alle-regios-en-voor-alle-diagnoses-te-lang>

^{iv} <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2024/05/15/resultaten-verantwoordingsonderzoek-2023-ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport>

^v <https://www.vgn.nl/nieuws/boris-van-der-ham-tuig-waakvlamzorg-op-voor-de-11-miljoen-kwetsbaarste-nederlanders>

^{vi} <https://www.trimbos.nl/kennis/zorg-en-participatie/herstelondersteunende-zorg/onderzoek-naar-herstelacademies/>

^{vii} <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?cfg=wetsvoorsteldetails&qry=wetsvoorstel%3A36295>

^{viii} <https://welzijnoprecept.nl/>

^{ix} Schrijvers G, Zorginnovatie volgens het Cappuccinomodel, Uitgeverij Thoeis, Amsterdam, 2014