

Enschede, 14 juni 2020

## **Niet alleen Enschede, maar héél Twente – samen staan we sterk.**

### **Alleen samen krijgen we corona onder controle, en dat geldt zeker ook voor de wachtlijsten in de GGZ (die er ook voor de coronacrisis al waren)**

#### **1. Inleiding**

Eind februari, begin maart, 2020.

Ook in Nederland slaat het coronavirus toe, en verspreid het zich in een razend tempo. De regering neemt maatregelen. Aanvankelijk geen handen meer schudden, en daarna de 1,5 meter afstand houden van elkaar, om verspreiding van het virus zoveel mogelijk te voorkomen. Er worden overall extra hygiëne maatregelen genomen, we mogen niet meer in grotere groepen (aanvankelijk < 3 (ondertussen verruimd naar 30) personen) samen komen, en de verpleeghuizen gaan 'op slot' om onze kwetsbare ouderen te beschermen.

Dat doet wat met ons als mens. Ons gevaar- en jachtsysteem neemt het in eerste instantie over. We worden bang, en we slaan aan het hamsteren. De aandacht gaat in 1<sup>e</sup> instantie, logischerwijze, uit naar de medische zorg. De ziekenhuizen en vooral de IC afdelingen die overspoeld dreigen te raken.

Maar hoe gaat het met de geestelijke gezondheid? We kampen met enorme wachtlijsten in de GGZ, en die dreigen alleen maar verder op te lopen door de corona maatregelen die nu getroffen zijn. Het is belangrijk om hier oplossingen voor te vinden, zodat de problemen die er al zijn in de GGZ hierdoor niet nóg verder toenemen.

We zien gelukkig ook mooie initiatieven ontstaan vanuit het zorgsysteem, dat wij als mensen gelukkig ook nog bezitten. Er wordt (over het algemeen) goed samengewerkt op allerlei fronten door de vitale diensten, en er ontstaan vanuit de maatschappij spontane, hartverwarmende acties, zoals zingen en muziek maken bij de verpleeghuizen en ouderencentra.

Het neemt de problemen die er ook zijn helaas niet weg, maar het geeft de burger wel moed. We moeten dit ook samen doen, zoals voortdurend door onze regering benadrukt wordt. Deze tijd vraagt om compassie, vriendelijkheid en solidariteit.

Om een antwoord te vinden op het probleem hoe we mensen in geestelijke nood kunnen helpen in de moeilijke tijd, ben ik de samenwerking op gaan zoeken. Ik heb contact gezocht met Denise Bosma van Ixta Noa en Peter Lansink van de gemeente, om samen te kijken hoe we dit probleem het hoofd kunnen bieden. Na het 1<sup>e</sup> overleg, hebben ook Tieti Hoekstra van THOON en Daphne Doorn van Tactus zich aangesloten. Mediant en Menzis zijn ook uitgenodigd, en ondertussen, aangehaakt.

Nu we ons directe persoonlijk contact moeten beperken heb ik de digitale wereld (die al lang bestond, maar waar ik (tot op heden) geen deel van uitmaakte) ontdekt. Ik ben verbaasd over de mate van verbondenheid die ik toch nog kan ervaren (al merk ik ook de beperkingen), ondanks het feit dat contacten via het beeldscherm van mijn computer plaatsvinden. En ik bemerk dat ik enthousiast ben over de mogelijkheden die dat schept. Kortom: we moeten omschakelen vanuit de reactie van het ervaren van dreiging, naar het zien en ontdekken van onze mogelijkheden en kansen.

Zoals een van mijn meditatieleraren, Joost van den Heuvel Rijnders zo mooi opmerkte (en met hem vele anderen) is in het Chinees is het begrip 'crisis' opgebouwd uit de karakters voor 'bedreiging' en 'kans'.



Op Wikipedia is de volgende omschrijving te vinden:

Een **crisis** ([meervoud](#): crises) is een zware [noodsituatie](#) waarbij het functioneren van een [stelsel](#) (van welke aard dan ook) ernstig verstoord raakt.

Het woord 'crisis' heeft in de dagelijkse spraak een negatieve lading. Van oorsprong is de term echter neutraal. [Etymologisch](#) komt het voort uit het (oud)[Griekse](#) werkwoord *κρίνομαι* (*krinomai*) met de betekenissen scheiden, schiften, onderscheiden, beslissen, beslechten, richten en oordelen. Zo bezien, is een crisis een 'moment van de [waarheid](#)', waarop een beslissing moet worden genomen die van grote invloed is op de toekomst.

Laten we ons dus vooral focussen op de kansen die de coronacrisis met zich mee brengt, en daarin de goede beslissingen nemen.

## **2. Gevaar,- Jaag-& Zorgsysteem**

Zoals in de inleiding al genoemd beschikken wij als mensen over; het gevaar-, jaag- en zorgsysteem. Dit reguleert onze emoties. Klinisch psycholoog Paul Gilbert koppelt dit aan de werkwoorden moeten, willen en mogen.

Deze systemen hebben vanuit de evolutie een functie en worden geactiveerd in ons brein. Inzicht in deze 3 systemen kan helpen om de balans te vinden tussen inspanning en ontspanning en maakt duidelijk waarom we soms dingen doen die helemaal niet zo handig en behulpzaam zijn.

Het *moeten* komt voort uit ons gevaarsysteem; een fight-flight-freeze reactie die uit zelfbescherming ontstaat. Dit is heel nuttig, want als je oversteeft en er komt een auto aan, zorgt dit gevaarsysteem ervoor dat je wegrent. In psychologische zin is dit systeem actief wanneer we gevoelens van angst of afkeer ervaren. En op dit moment, nu Covid-19 toegeslagen heeft, is er angst en is dit gevaarsysteem geactiveerd. Bij velen van ons, draait het gevaarsysteem waarschijnlijk overuren.

Het *willen* wordt door Gilbert gekoppeld aan het jaagsysteem. Bij dieren zie je dit mooi terugkomen. Als het gevaar geweken is, gaan ze jagen naar voedsel. Wij mensen jagen ook, maar dan naar een ander soort beloning. Dat zien we ook nu, tijdens de coronacrisis. Na de 1<sup>e</sup> aankondiging van de coronaregels sloegen we aan het hamsteren, waarbij vooral WC papier tot een van de favorieten behoorde.

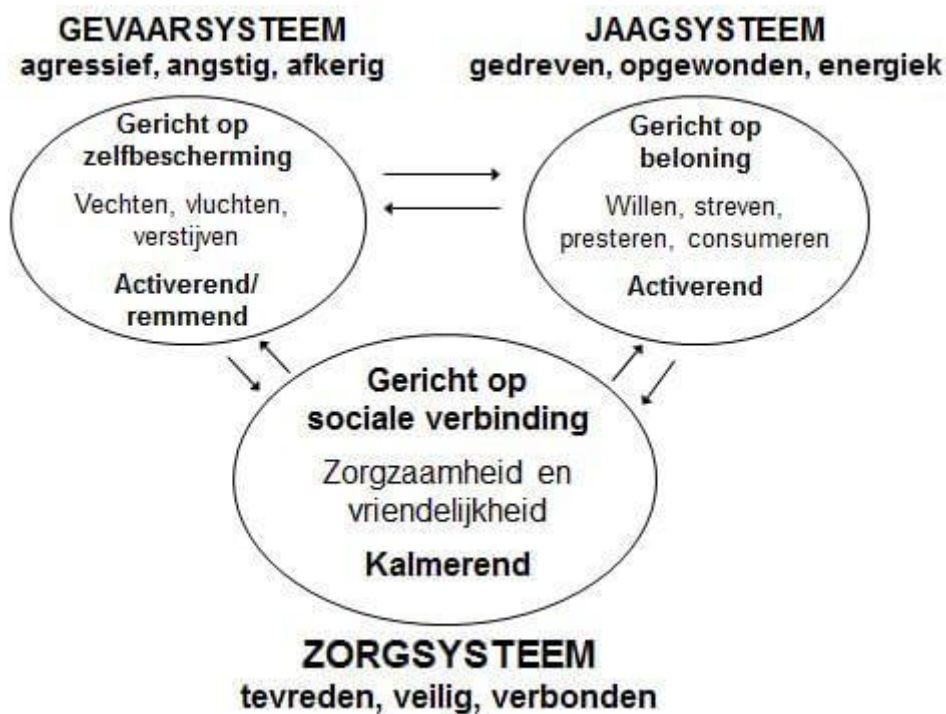
Zowel bij het moeten en willen is ons stressniveau hoog. Het is gericht op korte termijn. Er komen stresshormonen vrij, hartslag versnelt en het immuunsysteem verzwakt. Het lichaam is in staat van paraatheid en zijn we te lang actief dan raakt het uitgeput. De bekende burn-out dus.

Gilbert noemt nog een derde systeem: het zorgsysteem. Dit staat in relatie tot het werkwoord *mogen*. Bij katten zie je dat ze gaan spinnen wanneer het gevaar geweken is en zij hun buik vol hebben. En apen gaan vlooien. Het is een staat van ontspanning waarin niets hoeft. Je voelt je tevreden, ver-

bonden, en er is ruimte voor nieuwe mogelijkheden en creativiteit. Dit systeem is gericht op duurzaamheid. Is het zorgsysteem actief dan is ons lichaam in rust; onze ademhaling wordt kalmer, spieren ontspannen en de bloeddruk daalt.

Alle drie de systemen hebben we nodig. Wat we echter vaak zien, is dat ze niet in balans zijn. En zeker op dit moment, tijdens deze coronacrisis waarin we angst en dreiging ervaren, zijn ze uit balans. En van nature is ons zorgsysteem over het algemeen minder goed ontwikkeld dan de andere twee systemen. Dit komt omdat het op een later tijdstip in de evolutie tot ontwikkeling is gekomen. Het gevaarsysteem bevindt zich in de kern van onze hersenen, in ons 'reptielenbrein'. Het jaagsysteem in het 'oude' zoogdierenbrein en het zorgsysteem in het 'nieuwe' zoogdierenbrein. En, op dit moment, hebben we dat zorgsysteem (wat zich in ons nieuwe zoogdierenbrein bevindt, en dus minder oud én minder ontwikkeld is dan beide andere systemen) het hardste nodig.

Gelukkig zijn onze hersenen kneedbaarder en plastischer dan we denken, en is het wel mogelijk dit zorgsysteem te ontwikkelen. Daardoor ontstaat ook vaak een betere balans tussen deze 3 systemen. Het is in deze tijd belangrijk dat wel onze kalmte bewaren, en om ons (ondanks de 1,5 meter afstandsregel) toch verbonden te kunnen blijven voelen. Door ons bewust te worden van deze systemen in ons dagelijkse leven en op specifieke momenten (zoals nu) bewust te kiezen voor het voeden van ons zorgsysteem, kunnen we beginnen de balans te verbeteren.



### 3. Persoonlijke Inspiratie

Tijdens mijn opleiding psychologie heb ik mijn scriptie geschreven over de verschillen en overeenkomsten tussen het Zen Boeddhisme en de Cliënt Centered Therapie van Carl Rogers. Ik was verbaasd over het feit dat Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) een therapievorm is, omdat het mij voor de hand leek liggen. CGT is op een heel simpel principe gestoeld, namelijk het analyseren van je eigen gedrag middels een G-schema. In dit G-schema werk je dan uit hoe je gedachten en gevoelens je gedrag beïnvloeden. Ik was verbaasd dat dit daadwerkelijk een vorm van therapie was, want ik vond dat zelf evident.

Als je een probleem ervaart, en even pas op de plaats maakt, het laat bezinken, en vervolgens logisch nadenkt over wat je probleem veroorzaakt (heeft), dan weet je vaak zelf ook wel wat de oplossing is. Ik vond dat voor de hand liggen, maar hele volkstammen kennelijk niet.

Verder ontdekte ik dat mensen het vaak erg moeilijk vinden om stil te staan bij hun problemen, en er over te praten met anderen. Ze hebben de neiging om van problemen en moeilijkheden weg te vluchten, ze te vermijden, de strijd aan te gaan of zich er aan over te geven. Zelfs als ze er hulp bij zoeken doen deze fenomenen zich voor, en daar is in de psychologie ondertussen veel onderzoek naar gedaan. We noemen dit afweer, en daar zijn boekenkasten over vol geschreven.

Terwijl het eigenlijk zo voor de hand liggend en simpel is. Maak pas op de plaats, neem een pauze. Schiet niet meteen in een afwerende reactie, vlucht niet, ga de strijd niet aan of bij de pakken neerzitten, maar onderneem op een adequate manier actie.

Maar dat blijkt voor de meesten van ons héél erg moeilijk te zijn. En dat weet de mensheid al heel erg lang. Het Boeddhisme is al 2500 jaar geleden ontstaan, en heeft hierop een passend antwoord geformuleerd. De basis van het Boeddhisme bestaan uit de 4 edele waarheden en het 8-voudige pad.

De 4 edele waarheden en het 8-voudige pad:

- 1. Er is Dukkha (Vanuit het Pali wordt Dukkha vaak vertaald naar lijden maar ook stress/ontevredenheid/ongemak valt hieronder; Het gaat niet altijd zoals we wensen)
- 2. Het lijden heeft een oorzaak (namelijk verlangen, afkeer en onwetendheid)
- 3. Er is een einde aan het lijden mogelijk
- 4. Het einde van lijden kan worden bereikt d.m.v. het achtvoudige pad:
  1. Juist zien (Begrijpen wat Dukkha inhoudt, de oorzaak van Dukkha begrijpen, begrijpen hoe Dukkha ophoudt, het pad begrijpen dat leidt tot opheffing van lijden. Maar ook de karakteristieken van bestaan).
  2. Juiste intentie (ook wel juiste motivatie of juiste gedachten. Een juiste intentie kan je onder meer ontwikkelen door de beoefening van Metta meditatie)
  3. Juist spreken (geen leugens, roddelen, laster etc. lijdt tot verwarring/onrust)
  4. Juist handelen (niet stelen, seksueel wangedrag, etc. lijdt tot verwarring/onrust)
  5. Juiste manier van levensonderhoud (o.a. vanuit ethisch aspect bekeken, kun je jezelf in de spiegel aankijken? En dit is ook bevorderlijk voor de ontwikkeling van de Verlichtingskwaliteiten.)
  6. (niet krampachtig/gespannen, niet lui, maar alert zijn in het moment met een bepaalde lichtheid. Dit is voor iedereen anders en een ieder dient hier de middenweg in te zoeken)
  7. Juiste aandacht/opmerkzaamheid/meditatie > Je kunt mindful zijn op de vier velden van aandacht: 1. Lichaam 2. Geest 3. Gevoelens 4. Mentale objecten (zie het schema van de Satipatthana Sutta)

8. Juiste concentratie > Concentratie is een zijnskwaliteit. Je kunt dit het niet afdwingen, maar er wel de voorwaarden voor scheppen. Onder meer door concentratie en juiste inspanning. Concentratie is dan ook meer een uitkomst van het zesde en zevende aspect van het pad.

Zelf heb ik ook gemerkt dat het moeilijk is om stress, ontevredenheid en ongemak te verdragen. Dat bij het ervaren van gevaar, enorm veel spanning en stress op de voorgrond treden, waardoor ik zelf ook de neiging heb om te vluchten, vechten of bevriezen. En dat het najagen van materiële zaken of het willen bereiken van doelen ook heel veel onrust met zich mee brengt. Geïnspireerd door wat ik al had vernomen, en vervolgens las bij het bestuderen van het Boeddhisme, ging ik zelf ook mediteren. Maar ik merkte dat ik het bijzonder moeilijk vond om stil te blijven zitten op een kussentje als ik de Zen Boeddhistische meditatiegroep bezocht. Toen ik vanuit Nijmegen naar Enschede verhuisde kon ik geen meditatiegroep vinden. Op zoek naar een meditatiegroep ontdekte ik een mogelijk alternatief, Yogacentrum Michon, waar Christine Michon les geeft in Kundalini Yoga. Ik ging de lessen volgen, en ik merkte ik dat ik door (en in) de beweging, tot rust kon komen. Als ik een Kria (set met oefeningen) had gedaan, was het veel gemakkelijker om mijn aandacht bij de meditatie te houden. Ik was zo enthousiast dat ik de lerarenopleiding ging volgen. Vervolgens ben ik door het geven van mindfulness trainingen (MBSR en MBCT) in aanraking met de Vipassana meditatie, waar ik tegenwoordig het meest in oefen. Sinds ik aan meditatie en yoga doe (nu ondertussen ruim 30 jaar), voel ik me stukken beter dan daarvoor. Ik kan het iedereen aanbevelen, maar niet iedereen voelt zich er toe aangetrokken. En dat hoeft ook niet. Maar het onderliggende gedachtengoed is bijzonder behulpzaam voor deze tijd. En dat verklaart de populariteit van mindfulness, en de groei van het aanbod in trainingen van de laatste jaren.

Als je kijkt naar de Acceptance Commitment Therapie (ACT is een therapievorm die ontstaan is in de USA en ook wel 3<sup>e</sup> generatie CGT genoemd, en na 9/11 erg snel groeide omdat het een passend antwoord gaf op de ramp die zich daar voltrokken had), dan zie je dat ACT voor een belangrijk deel gebruik maakt van de principes vanuit het Boeddhisme, naast positieve psychologie, gedragstherapie en mindfulness. Mindfulness is een van de 6 pijlers van de ACT, samen met acceptatie, defusie, het zelf(beeld), de kernwaarden en het doen.

Een mooie uitspraak/affirmatie van Yogi Bhasan (die in de jaren 70 de Kundalini Yoga naar het Westen heeft gebracht) is: ACT don't REACT! En ook Thich Nhat Hanh, de Boeddhistische Vietnamese Monnik die zijn thuisland moest ontvluchten en voor velen (waaronder John Kabat Zinn, grondlegger van de mindfulness training) een grote bron van inspiratie is, heeft ons dit ook proberen bij te brengen. Zo heeft hij ons altijd proberen bij te brengen dat, als we bv. de neiging hebben om vanuit boosheid te reageren, we vooral terug moeten gaan naar het anker van onze adem. "When anger arises, we may wish to go outside to practice walking meditation. The fresh air, the green trees, and the plants will help us greatly. Breathing in, I know the anger is here. Breathing out, I know that the anger is me. Breathing in, I know the anger is unpleasant. Breathing out, I know this feeling will pass. Breathing in, I am calm. Breathing out, I am strong enough to take care of this anger."

Verder benadrukt Thich Nhat Hanh de verbondenheid, met jezelf, tussen mensen onderling, maar ook met onze omgeving, de aarde en het hele universum. Hij gebruikt daarvoor een mooie term "interbeing", en schrijft daarover het volgende: "About thirty years ago I was looking for an English word to describe our deep interconnection with everything else. I liked the word "togetherness," but I finally came up with the word "interbeing." The verb "to be" can be misleading, because we cannot be by ourselves, alone. "To be" is always to "inter-be." If we combine the prefix "inter" with the verb "to be," we have a new verb, "inter-be." To inter-be and the action of interbeing reflects reality more accurately. We inter-are with one another and with all life."

#### **4. Problemen in de GGZ: waarom marktwerking in de zorg niet werkt én waarom er wachtlijsten ontstaan**

Ik ben ruim 30 jaar werkzaam in de GGZ. In mijn 1<sup>e</sup> betaalde baan (als trajectbegeleider van een 'dwang en drang op maat' project) heb ik ervaring opgedaan in de samenwerking tussen de verslavingszorg, de forensische zorg en reclassering, samenwerking met politie en Justitie en met verschillende gemeentes. Ik heb als rapporteur voor de FPD (tegenwoordig NIFP), en als psycholoog (voor grotere en ook minder grotere GGZ instellingen en verschillende praktijken) gewerkt. Sinds 2014 ben ik allen nog maar werkzaam in mijn eigen praktijk.

Als psycholoog ben ik in de praktijk al vaak tegen problemen aangelopen bij het uitvoeren van mijn werk. Dit heeft niet zozeer met de inhoud van het werk te maken, maar veelal met allerlei eisen die van hogerhand (instelling waar je werkt, NZa, ziektekostenverzekeraars, etc. etc.) opgelegd worden. Er zijn er forse bezuinigingen geweest die, zeker in combinatie met strengere regelgeving en allerlei eisen vanuit de ziektekostenverzekeraars, de GGZ flink getroffen hebben.

De uitbraak van het Covid-19 virus zal (naast dat het onze Westerse maatschappij onveilig maakt) de hulpverlening vanuit de GGZ verder bemoeilijken, waardoor we voor nog grotere uitdagingen komen te staan dan we al stonden. Hierdoor wordt pijnlijk duidelijk dat we leven in een wereld met zwakke gezondheidssystemen, en dat het niet goed is om zaken zoals gezondheidszorg en veiligheid uit te besteden aan de markt. Dat maakt ons kwetsbaar, zoals ook de econoom Angus Deaton in een interview in de Volkskrant (d.d. 11-04-2020) illustreert.

##### **4.a. De marktwerking die niet werkt, omdat hij niet bestaat**

Sinds de veranderingen in de zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 van kracht werden is de marktwerking in de zorg geïntroduceerd. Dit werkt m.i., om verschillende redenen, echter niet.

De belangrijkste reden is echter omdat de ziektekostenverzekeraars alles macht in handen hebben gekregen (zie ook waarom er wachtlijsten ontstaan). De regering heeft met monopolie in handen en de ziektekostenverzekeraars vormen samen een oligopolie. Een paar grote ziektekostenverzekeraars hebben de zorgmarkt in handen, en bepalen wat wij betaald krijgen voor onze diensten. En dat is niet conform het NZa tarief, zelfs niet als je aan alle eisen (zoals verplicht afnemen van ROM en visitatie door NIP en LVVP) voldoet.

Daarnaast gaat het in de zorg om dienstverlening. Het verlenen van een dienst kost tijd, en die tijd kan je maar 1 keer besteden. Daarnaast moeten zorgverleners zich weer op kunnen laden, maar met het werken in administratief strakke uur systemen is daar geen ruimte meer voor. Het gevolg is dat zorgverleners, door de achterstand die ontstaat, nog harder (moeten) gaan werken, waardoor ze vroeg of laat uitgeput raken. In mijn eigen praktijk schommelt het aantal mensen dat bij mij aanklopt voor hulp bij uitputtingsklachten die (rechtstreeks, of zijdelings) werkzaam zijn in de zorg, zeker rond de 50 % tot 70%.

Voor het snel en adequaat bieden van juiste hulp is samenwerking van de verschillende aanbieders/partijen nodig. Marktwerking in de zorg werkt dit tegen, omdat het concurrentie i.p.v. samenwerking in de hand werkt. Iedereen probeert zijn hoofd boven water te houden, en het bedrijf te laten draaien. De individuele, vrijgevestigde, hulpverleners kost dit over het algemeen meer moeite omdat ze vaak alles zelf doen. Door de voortdurend (en vaak jaarlijks) veranderende eisen van de ziektekostenverzekeraars, zijn zij veel meer tijd kwijt met het bestuderen van de contracten en de administratie. Deze tijd kunnen ze niet inzetten voor hulpverlening. Daarnaast kost het vaak

zoveel stress en ergernis dat veel collega's besloten hebben om geen contracten meer aan te gaan, of zelf met hun praktijk te stoppen. Het gevolg daarvan is dat veel mogelijkheden voor goede hulpverlening al verloren is gegaan voor mensen die alleen een basisverzekering hebben en geen restitutiepolis.

En dat betreft heel erg veel mensen. Op de website van de consumentenbond staat dat de [naturapolis](#) ook in 2020 weer de populairste polis is. 76% van de consumenten kiest voor dit type verzekering. 18% heeft in 2020 een [restitutiepolis](#) en 6% een [combinatiepolis](#). Het aandeel [collectieve zorgverzekeringen](#) neemt al sinds 2015 af. In 2020 heeft 63,5% een collectieve verzekering, tegenover 65,3% in 2019.

#### 4.b. Waarom er wachtlijsten ontstaan

We zijn we veel tijd kwijt met **tekst en uitleg aan onze cliënten over de vergoedingen** voor hun behandeling omdat het allemaal zo ingewikkeld is (gemaakt). Het is voor ons als zorgverleners al amper te volgen, laat staan voor de cliënten. Onze cliënten weten niet waar ze precies voor tekenen, en wat nu wel en niet vergoed wordt. Bij iedere cliënt moet dit weer opnieuw bekeken en besproken worden, want voor iedere polis, bij iedere ziektekostenverzekeraar, is het weer anders. Dit kost veel extra tijd (zelf ben ik hier gemiddeld, per cliënt, zeker ½ tot 1 uur aan kwijt), wat weer van de behandelingsduur af gaat.

De **administratieve lasten zijn toegenomen** vanwege allerlei verplichtingen waar de hulpverlening tegenwoordig aan moet voldoen, zoals het invoeren van de ROM (2012), het kwaliteitsstatuut (2017), de AVG (2018), het registreren van de wachtlijsten, en (vooral) niet te vergeten de enorm uitgebreide contracten van de ziektekostenverzekeraars (die bij iedere verzekeraar weer anders zijn, en ieder jaar qua inhoud veranderen). En deze contracten zijn praktisch gezien geen contracten, maar eisenlijsten. Er wordt niet onderhandeld met de hulpverleners, maar er worden allerlei eisen gesteld aan de hulpverlening, en je mag tekenen bij het kruisje. Onduidelijk is wie de eisen stelt, of waarom deze eisen worden gesteld, en waarop ze worden gebaseerd, want met de individuele hulpverleners in kwestie wordt dit niet besproken. En als we dit bespreekbaar willen maken, komen (zeker de kleinere praktijken) niet verder dan de helpdesk.

Ongeveer 10 jaar geleden zijn **de ziektekostenverzekeraars** gestart met het **contracteren**, ook voor de individuele, vrijevestigde, hulpverleners. Daar waar we eerst gewoon een factuur/rekening aan konden leveren (meestal overhandigen aan de cliënt, die dan vervolgens zelf de vergoeding met de verzekeraar afhandelde) kunnen we nu contracten afsluiten. Het voordeel daarvan is dat je niet meer te maken hebt met cliënten die hun rekening niet betalen, want we kunnen rechtstreeks aan de verzekeraar declareren. Het nadeel is dat je je aan allerlei eisen vanuit de ziektekostenverzekeraar moet verbinden zoals de vaste trajecten/mogelijkheden binnen de B- en de SGGZ, het zorgkostenplafond, ROM, visitatie, etc. Op deze manier beïnvloedt het beleid, en de ziektekostenverzekeraar, mede de inhoudelijke behandeling. En die beïnvloeding betreft de kwantiteit, en niet de kwaliteit.

In de BGGZ zijn maar een **beperkt aantal vaste mogelijkheden** qua aanbod, nl. kort (294 min.), middel (495 min.), intensief (750 min.), chronisch (750 min.) of onvolledig (> 120 min.). Daarnaast mag 1 aanbieder vanuit de BGGZ maximaal 2 trajecten aanbieden, voor verschillende DSM-V classificaties. Dit beperkt de mogelijkheden voor praktijken die alleen vanuit de BGGZ werken enorm. Daarnaast kan hierdoor onzorgvuldigheid in de hand gewerkt worden. Toen ik begon in het uitvoerende werk als psycholoog kreeg ik op mijn stage 4 tot 5 uur (dat is dus al meer dan het huidige korte BGGZ traject behelst) om de intake uit te voeren. Hierin werd dan eerst zorgvuldig gekeken en

in kaart gebracht wat de klachten waren, gezin van herkomst en de persoonlijke ontwikkeling (waaronder belangrijke life-events), en of een eventueel aanvullend testpsychologisch onderzoek noodzakelijk was.

De verzekeraars lijken dit op te willen vangen door het verplicht laten nemen van de **ROM**. Maar het verplicht af moeten nemen van de ROM kost extra tijd, en die tijd gaat weer af van de directe tijd die we aan hulpverlening kunnen besteden. Daarnaast is ROM primair bedoeld om de behandelaar en de patiënt te ondersteunen in het tijdig opsporen van stagnaties of achteruitgang. De vorm die ROM in Nederland heeft aangenomen (men gebruikte het voor Benchmarking) is helaas geworden tot een controle-instrument voor beleidsmakers, en tot een vorm van procesbeïnvloeding, en dus van bemoeienis, met de behandeling. Een ander bezwaar is dat de ROM verplicht werd ingevoerd, terwijl de Autoriteit Persoonsgegevens dit afraaide omdat er niet aan de privacywetgeving voldaan werd. Daar heeft men ondertussen wel actie op ondernomen, en het SBG vervangen door Akwa. Aanvankelijk zette men de werkwijze vanuit de SBG gewoon voort, en stond de database met ROM gegevens open voor inzage, gebruik en raadpleging. Maar onder invloed van Comité Stop Benchmark met ROM is nu besloten dat cliënten expliciete toestemming moeten geven voor het gebruiken van hun persoonlijke gegevens. Pas op 29-05-2019 werd de toegang tot de database geblokkeerd, en in augustus 2019 is de oude database vernietigd.

Het **zorgkostenplafond** wat door de ziektekostenverzekeraars wordt vastgesteld is zinloos, vooral voor de kleinere (individuele) zorgaanbieders. Want als jij de cliënt niet kan helpen omdat je aan het zorgkostenplafond zit, dan gaat die naar een collega. De ziektekostenverzekeraar moet sowieso betalen, maar dan aan een andere zorgverlener. Het enige dat het zorgkostenplafond ons oplevert is stress voor behandelaar en cliënt, want de hulp zal toch geboden én betaald moeten worden. Of, als iedereen aan het zorgkostenplafond zit, wordt de nodige hulp niet geboden en moeten de cliënten wachten. Zo ontstaan er wachtlijsten, met alle gevolgen van dien. Dit probleem zien we ook bij de ziekenhuizen, waar patiënten onnodig lang op een operatie moeten wachten of naar elders in het land worden verwezen, als het contract van het ziekenhuis met de verzekeraar niet toereikend was. Deze vorm van kostenbeheersing is zo verzakelijkt, dat zorg voor het welzijn van de patiënten op de tweede plaats wordt gezet. Voor onze cliënten geeft dit vaak de bevestiging dat zij geen zorg kunnen ontvangen, die de start van de uiteindelijk geboden zorg al op 1 nul achterstand zet.

Het **kwaliteitsstatuut** heeft iedereen die werkzaam is in de GGZ veel tijd en moeite gekost, terwijl het volledig onnodig was/is. Als je volgens de beroepscode werkt, en een transparante praktijkhouding voert, is het onnodig om dat ook nog eens (tegen betaling) uit te moeten werken in een statuut. Dat kost alleen maar tijd, en dat gaat ten koste van directe tijd die we aan behandeling kunnen besteden. Ik heb het nog niet meegemaakt dat een van mijn cliënten me heeft gevraagd of ik over het kwaliteitsstatuut beschik.

De **AVG** wetgeving heeft voor behandelaren in de GGZ ook alleen maar kosten en extra werk met zich meegebracht. Want, zoals ik eerder al schetste, als je voldoet aan de beroepscode, dan voldoe je ook aan de wet op de privacy. Daarnaast zijn de berichten die we vanuit de instanties hierover ontvangen, vaak geformuleerd in een dreigende toon. Ze lijken bedoeld om angst aan te jagen, en nodigen niet uit tot een (normale) reactie. Dat de AVG en de mogelijkheid van cliënten om hun gehele dossier en dan van hun kinderen te laten vernietigen, ook in strijd is met onze verplichting tot behoud van een dossier en te zorgen voor zorgvuldige verslaglegging en overdracht, is nog niet verder uitgewerkt en geeft vragen over beroepscode en beroepseer.

Het **registreren van de wachtlijsten** bij Vektis kost ook alleen maar extra tijd en moeite, en is niet zinvol voor de kleinere, zelfstandige, praktijken. Voorheen kon je voor meerdere maanden tegelijk je gegevens aanleveren. Sinds kort moet dit maandelijks. En in 1 maand verandert er vaak niet zo heel



erg veel in een kleinere praktijk. Daarnaast wordt ik nog steeds door cliënten, maar ook door de ziektekostenverzekeraars zelf, rechtstreeks benaderd om te vragen of ik een wachtlijst heb. Daarmee ontstaat de indruk, dat de Vektis lijsten ook niet serieus worden genomen door de wachtlijstbegeleiders van de zorgverzekeraars. Of dat zij zo wanhopig op zoek zijn naar een snelle plek, dat zij toch maar bellen. De enige collega's waar zij terecht kunnen zijn de vrijgevestigden zonder contract, omdat deze minder aanmeldingen hebben en sneller plek kunnen bieden.

Vanaf volgend jaar worden we, door een aantal ziektekostenverzekeraars, **verplicht tot visitatie** van het NIP en/of LVVP. Voorheen kreeg je meer uitbetaald als je hier aan voldeed. Maar nu wordt het, bij enkele ziektekostenverzekeraars, een harde eis. Voldoen we daar niet aan, dan wil men geen contract meer met ons afsluiten. (Weer een nieuwe eis!) Ook dit kost weer tijd en ruimte, en dat gaat ten koste van de tijd die we kunnen besteden aan het behandelen van onze cliënten. Daarnaast worden we (verplicht) op kosten gejaagd. (Het lidmaatschap van het NIP bedraagt € 420,- en dat van de LVVP € 530,-. Voor de visitatie ben je bij het NIP ook nog eens € 393,25 kwijt.) Daarnaast zijn vrijwel alle **collega's die ik spreek ontevreden over de beroepsverenigingen** zoals het NIP en de LVVP (die wel bij de ministers en de ziektekostenverzekeraars aan mogen schuiven) omdat we ons niet goed vertegenwoordigd voelen door hen. Veel collega's zijn van mening dat ze onze belangen (en die van onze cliënten) niet behartigen, en dat ze ons beroep onvoldoende beschermen. Door het verplicht stellen van de visitatie worden we gedwongen lid te blijven van het NIP en/of de LVVP, terwijl sommigen (waaronder ik zelf) hun lidmaatschap misschien wel op willen zeggen.

Er is dus geen sprake van marktwerking in de zorg, maar de regering heeft met monopolie in handen en de ziektekostenverzekeraars vormen samen een oligopolie. Een paar grote ziektekostenverzekeraars hebben de zorgmarkt in handen, en bepalen wat wij betaald krijgen voor onze diensten. En dat is niet conform het NZa tarief, zelfs niet als je aan eisen zoals afnemen van ROM en visitatie door NIP en LVVP voldoet.

#### **4.c. Hoe dit uitwerkt in de praktijk**

We weten dat er enorme wachtlijsten zijn in de GGZ, en we horen vaak verhalen van mensen die ontevreden zijn door de benadering en behandeling door de hulpverlening ('ik voelde me een nummer' of 'er was geen passend aanbod voor mijn klachten'). Ook huisartsen en POH-GGZ's zijn niet blij met de lange wachttijden en de inflexibiliteit in de GGZ (vooral bij de grotere instellingen). Dit wordt echter door het beleid in de GGZ (zie 2: Waarom er wachtlijsten ontstaan) in de hand gewerkt.

Het bestuderen van de contracten, kost veel tijd en energie, en dat gaat ten koste van de tijd die wij aan hulpverlening kunnen besteden. Daarnaast worden er aan de hulpverleners allerlei eisen en regels gesteld die tijd, geld en energie kosten, en die geen bijdrage leveren aan de directe kwaliteit van de hulpverlening.

Als wij ons als zorgverleners samen sterk zouden willen maken om ons geluid, en de bezwaren waar we door alle regelgeving tegenaanlopen, kenbaar zouden willen maken wordt ons dat verboden, omdat we dan aan kartelvorming (zouden) doen. Dit terwijl de ziektekostenverzekeraars en de regering wel met elkaar overleggen en onderlinge afspraken maken, waar wij ons dan (zonder daarin inspraak te hebben) maar naar moeten schikken. NIP en LVVP mogen dan wel aanschuiven, maar veel collega's zijn ontevreden over deze gang van zaken, en zien zich onvoldoende beschermd.

Daarnaast is het aanbod vanuit de hulpverlening onoverzichtelijk voor zowel voor de cliënten, alsook voor de verwijzers. En zelfs binnen instellingen en onder collega's onderling, kom ik dit tegen. Men is onvoldoende op de hoogte en geïnformeerd over wie, wat aanbied in de GGZ.

Ook zien we **psychische klachten (vooral angsten en depressie) al jarenlang toenemen**, en heeft onderzoek uitgewezen dat die toename nog verder zal gaan stijgen in de aankomende jaren. De voorspelling vanuit de WHO is dat depressie, de hart- en vaatziekten in zal gaan halen, als meest voorkomende klacht. Maar het beleid van de Nederlandse regering speelt hier niet op in. Sterker nog, dit gegeven wordt volledig genegeerd. Het stimuleren van meer samenhang en samenwerking in de maatschappij en het vergroten van de druk op scholen om niet sociaal ondersteunend, maar vooral cijfermatig, outputgericht en met tempobeurzen te werken, maakt dat jongeren nog meer stress ervaren dan decennia terug, toen er ruimte was om zich te ontwikkelen.. Zo was er de afgelopen jaren een studentenstop voor de universitaire opleiding psychologie, en is de opleiding in de loop der jaren behoorlijk 'uitgehoud'. Zo is er een HBO-opleiding bijgekomen, en moet je na je universitaire opleiding (want tegenwoordig ben je dan alleen maar een basispsycholoog) weer vervolgoedingen volgen om werkzaam te kunnen zijn in het veld van de hulpverlening.

Ook weten we al heel lang uit wetenschappelijk onderzoek dat de **mensen die de hulp het hardst nodig hebben**, (vanwege uiteenlopende redenen) **de minste hulp ontvangen**. Maar we doen er m.i. samen nog steeds té weinig aan om hiervoor oplossingen aan te dragen.

Als je problemen hebt, en klachten ervaart, is het vaak heel moeilijk om deze helder en duidelijk voor ogen te krijgen. Dit heeft te maken met onze natuurlijke neiging om nare, vervelende dingen zoveel mogelijk te vermijden en te ontwijken. Het is lastig om naar onze problemen te kijken, laat staan ze te bespreken en te verwoorden. **Mensen hebben moeite om hun problemen onder ogen te zien en een hulpvraag te formuleren**. Hierbij kunnen hulpverleners een cruciale rol spelen, maar dit kost tijd. Het is belangrijk om de tijd en ruimte die daarvoor nodig is te nemen, maar dit gaat in ons huidige stelsel ten kosten van de tijd en ruimte die overblijft voor behandeling. Vandaar ook het pleidooi voor een integrale triage, waarbij hulpverleners de mensen hierbij kunnen helpen. Koppel het formuleren van de hulpvraag en diagnostiek los van de behandeling, zodat er voldoende tijd en ruimte over blijft om een fatsoenlijke behandeling voor de klachten te kunnen bieden.

Er is **tijd en ruimte nodig** om de gevoelens, die door de natuurlijke afweer veroorzaakt worden, te verhelderen **om een duidelijke hulpvraag te formuleren**. Het is noodzakelijk om eerst de afweer die mensen ervaren om naar hun problemen te kijken opnieuw te structureren. Ook kunnen we hen helpen om hun angsten te reduceren en de expressie en het verwoorden van de problemen te vergemakkelijken, en ze vervolgens helder in kaart te brengen (zie ook Bruce Perry, Joany Spierings). Mensen moeten zich kunnen hechten, aan hulpverleners, maar vooral ook aan hun sociale omgeving om te kunnen herstellen van ernstige, chronische problematiek. Daarnaast moeten mensen zorg krijgen om hun eigen veerkracht te kunnen vergroten i.p.v. hun klachten te laten problematiseren en van het kastje naar de muur te worden gestuurd of hun verhaal bij diverse hulpverleners opnieuw te moeten doen (zie ook Frederieke Bannink) en sneller op de juiste plek, de behandeling waar zij zich zelf veilig voelen te komen.

Er zijn veel verschillende soorten problematiek, waarbij we **voor ieder soort probleem een 'loket'** hebben ingericht. Dat is beleidsmatig heel handig en praktisch, maar voor onze cliënten is het dat niet. De mensen met de wat lichtere problemen vinden vaak hun weg wel. Maar er zijn ook cliënten met vaak complexe, en/of meervoudige, problematiek die moeilijk ergens terecht kunnen. Zij voelen zich vaak van het beroemde 'kastje naar de muur' gestuurd. Of men kan niet geholpen worden omdat er te veel problemen spelen op maatschappelijk vlak, maar die zijn dan vaak weer ontstaan doordat mensen psychisch vast lopen. Of omgekeerd, mensen lopen psychisch vast, waardoor er

maatschappelijke problemen zijn ontstaan. Financiële problemen zijn een grote bron van stress, en vaak een factor die de hulpverlening bemoeilijkt, of soms zelfs onmogelijk maakt. Cliënten waarbij verslavingsproblemen spelen ondervinden vaak problemen in hun zoektocht naar een geschikte vorm van hulp. De verslavingszorg wil ze niet hebben, want de oorzaak is van psychologische of psychiatrische aard. Maar psychologisch/psychiatrisch kunnen ze niet behandeld worden, want er speelt verslavingsproblematiek. Gelukkig ontstaan er tegenwoordig steeds meer passende behandelingen voor dubbel diagnostiek, maar toch vallen deze cliënten nog té vaak tussen wal en schip. Het zorgaanbod is 'té versnipperd'.

Verder zien we dat **de zorgzwaarte in de BGGZ is toegenomen** sinds de POH-GGZ intrede heeft gedaan in de huisartsenpraktijken. Maar door het beleid is de behandeltime die we voor BGGZ krijgen verkort. Een bijkomend probleem is dat mensen ontmoedigd kunnen raken als we hun probleem niet binnen de daarvoor beschikbare tijd kunnen verhelpen of oplossen. Dit kan het zelfbeeld en zelfvertrouwen van onze cliënten, wat vaak toch al fragiel en broos is, nog verder beschadigen. En daardoor kunnen er weer nieuwe problemen ontstaan, of kunnen de reeds bestaande problemen verergeren. Ook heeft men binnen de SGGZ een slag richting de BGGZ gemaakt, met **korter werken en sneller weer afsluiten** van 'zware' cliënten, waardoor de druk op de vrijgevestigde praktijken is toegenomen, nadat dit al was toegenomen door de inzet van POH GGZ waarmee veel mensen geen doorverwijzing naar psychologische hulp meer hoeven aan te gaan.

De individueel werkende psychologen, maar ook de GGZ instellingen (en mogelijk ook daarmee de verenigingen van NIP en LVVP) zijn **té lang meegegaan in het willen gaan documenteren en beheersen en beteugelen van de zorg**, waarmee de administratieve lasten zijn verdubbeld, zo niet verdrievoudigd en de mogelijkheden om veel mensen effectief hulp te bieden niet is verbeterd.

Dit is een onderbouwing vanuit de praktijk om binnen de SGGZ de expertise en ruimte om goed te behandelen verder te stimuleren (zoals nu met Psytrek en TCN en andere traumagerichte dagbehandeling en klinische opname eindelijk goed gebeurt) en de BGGZ de ruimte geven om zowel korte trajecten (maar ook zonder teveel plafonds en belemmeringen) meer intensieve trajecten te bieden, voor de cliënten die dit nodig hebben, en niet passen binnen de huidige GGZ.

**Veel collega's die ook in de Jeugdzorg werkzaam waren, zijn hier helaas**, om zeer begrijpelijk redenen, **mee gestopt**. Dit heeft te maken met het feit dat iedere gemeente weer andere regels en declaratieprocedures hanteert, dat er erg veel administratie bij komt kijken, en dat er vaak erg laat uitbetaald wordt. Gelukkig zien we momenteel binnen de jeugdzorg dat er bij de lichte aanmeldingen gewoon gewerkt kan worden met de verwijzing van de huisarts, en dat cliënten vaak dan ook weer goed afgesloten kunnen worden. Bij de zwaardere aanmeldingen is er een contactpersoon van de gemeente die de hulp uitzet, en in de gaten houdt. Sinds vorig jaar is er nu ook de ruimte voor een urenpakket op maat. Soms wel 3000 minuten over 2 jaar verspreid, waardoor je niet steeds tussentijds hoeft af te sluiten en de client weer naar de huisarts moet voor een verwijsbrief terwijl nog helder is, dat de zorg gecontinueerd moet worden voor een gewenst eindresultaat.

Hierbij hebben de gemeentes controle op de uitput doordat er een vast bedrag is bij een bepaalde verwijzing en cliënten hun tevredenheid over de uitkomsten van de behandeling kunnen doorgeven en hun inschatting of zij nog verdere hulp nodig hebben. De verdere begeleiding wordt steeds vaker opgepakt door ambulante begeleidende organisaties thuis, zoals aansluit bij de (in onze brainstormsessies geformuleerde) integrale triage.

En dan nu de hamvraag: **Hoe kan het anders, en beter?**

## **5. Hoe het beter kan: Pleidooi voor de integrale triage**

Als we kijken naar hoe de marktwerking in de zorg uitwerkt en de problemen die mensen ervaren bij het formuleren van een hulpvraag, wordt meteen het basisprobleem helder en duidelijk. Het is vaak moeilijk, lastig en tijdrovend om de juiste hulpvraag te formuleren, en dit gaat af van de tijd die hulpverleners aan de behandeling kunnen besteden. Vervolgens kost het ook weer tijd en ruimte om de verschillende mogelijkheden voor behandeling te onderzoeken en samen te bespreken.

Persoonlijk zou ik er voor pleiten om intakeprocedures, en eventuele aanvullende diagnostiek, los te koppelen van de vaste mogelijkheden/trajecten die wij vanuit de GGZ (dit geldt m.n. voor de BGGZ, waarin we qua tijd nog meer beperkt worden dan in de SGGZ) aan onze cliënten aan kunnen bieden, en ze onderdeel te laten zijn van een integrale triage. Op die manier ontwikkel je samen een stevige voordeur. We kunnen dan eerst duidelijk en helder in kaart brengen wat nu precies de hulpvraag van de cliënt is, en of er überhaupt een hulpvraag voor de GGZ is, en wat de mogelijkheden zijn.

Het is erg belangrijk om zo snel mogelijk een adequate hulpaanbod in te zetten, zowel qua kosten (als je een verkeerd aanbod doet, wat niet werkt, kost dit meer geld) alsook voor de cliënt (als een aanbod niet passend is kan dit demotiverend en zelfs traumatiserend uitwerken) en de hulpverleners (je wil graag goed werk leveren en de cliënt helpen en vorderingen zien maken in de behandeling).

Wat het snel en adequaat inzetten van de juiste hulp op het juiste moment bemoeilijkt is m.i. de marktwerking in de zorg die door het kabinet ingevoerd is (en niet werkt). Hoe daar in de praktijk vooral vanuit de ziektekostenverzekeraars vorm aan gegeven wordt (waarbij m.i. vooral naar de kosten gekeken wordt), en er té weinig overleg is met de professionals vanuit het zorgveld. En het praktische probleem van de moeite die mensen hebben bij het onder ogen zien van hun problemen en daarmee het formuleren van de hulpvraag, waar geen rekening mee gehouden wordt.

Als we tijd en ruimte maken om de intake, het formuleren van de hulpvraag, en het vaststellen van het meest geschikte behandelaanbod, zorgvuldig uit te voeren, is het bieden van snellere en meer accurate en adequate hulp m.i. mogelijk. Een goede samenwerking tussen alle verschillende partijen en partners is hierbij echter van essentieel belang.

In onze brainstromsessie (die gestart zijn in april, en tot op heden nog steeds voortgezet worden) zijn we tot het formuleren van de Integrale Triage gekomen. Een duidelijk uitgewerkt plan, in 6 stappen, waarmee we de problemen waar de cliënten en hulpverleners in de praktijk tegenaan lopen zoveel mogelijk proberen te ondervangen.

## **6. Ideeën over het adequaat beantwoorden van de problemen die Covid-19 voor de GGZ zal veroorzaken**

Omdat ik mijn werk wil kunnen blijven doen, en zoveel mogelijk mensen wil kunnen (blijven) helpen, heb ik besloten om me zo snel mogelijk te scholen in het 'online' behandelen. Ik heb hiervoor een spoedcursus van eHealthspecialists gevolgd, en ben nu bezig met de Masterclasses. Hierin kwam het telecare aanbod van GGZ Noord Holland Noord aan bod. Zij bieden 24 uur, 7 dagen per week, mensen de mogelijkheid om contact op te nemen. En wat opvallend was, is dat men het meest gebruik maakt van dit aanbod vanaf 5 uur 's ochtends, tot er rond 7 en 8 uur 's ochtend een piek ontstaat, waarna het rond 10 uur rustiger wordt. Vervolgens ontstaat er opnieuw een piek rond 13 uur en rond 16 uur, daarna neemt de activiteit geleidelijk aan af (maar blijft tot 20 uur vrij hoog). Uit deze cijfers blijkt dus dat cliënten kennelijk met meest behoefte hebben aan contacten (in ieder geval op die momenten contact opnemen, als die mogelijkheid er is) op momenten dat de

hulpverleners vaak nog niet, of niet meer, te bereiken zijn. Daar kunnen we op inspelen door een helpdesk op te zetten die 24 uur bereikbaar is.

Daarnaast zullen de hulpvragen vanwege Covid-19 toe gaan nemen. We horen nu al dat mensen die op de IC gelegen hebben, meer dan gebruikelijk kampen met angstklachten en PTSS. Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat mensen die door hun IC ervaring angsten of PTSS ontwikkeld hebben zo snel mogelijk de juiste zorg hiervoor krijgen. Hiervoor kunnen we inventariseren welke hulpverleners vanuit vrijgevestigde praktijken behandelingen aan kunnen bieden. En ook de capaciteit van Mediant (centrum voor psychotrauma en Stemming & Angst) op dit gebied in kaart brengen. We kunnen ook denken aan het aanbieden van behandelingen vanuit de ziekenhuizen zelf (PAAZ, medisch psychologen en MW vanuit MST en ZGT). Mogelijk kunnen we een online groepsaanbod ontwikkelen, waarin de verschillende aanbieders (zowel vrij gevestigden als instellingen) kunnen participeren en samenwerken.

Dan zijn er nog de mensen die al in behandeling waren, op de wachtlijsten stonden, of nét aangemeld waren (of zouden gaan worden) voor klachten die al speelden voordat Covid-19 toe sloeg. Hoe lopen deze behandelingen op dit moment? Het is belangrijk om dat te inventariseren, zodat behandelingen zoveel mogelijk voortgang kunnen vinden. Daarnaast is het belangrijk om extra aandacht te hebben voor de mate waarin Covid-19 de behandeling bemoeilijkt voor de persoon en behandelaar in kwestie, en onderzoeken of hier passende oplossingen voor te vinden zijn. Het is nl. mogelijk om de individuele behandelingen, maar ook het groepsaanbod, dag- & deeltijdbehandeling, lotgenotencontacten, etc. etc., online aan te bieden. Maar dan moeten zowel de cliënten, alsook de behandelaren, hiervoor open staan, én hiertoe in staat worden gesteld (men moet kunnen beschikken over een computer/tablet/smartphone, met een beveiligde omgeving, om te kunnen communiceren).

Zowel ikzelf, alsook de verschillende hulpverleners die ik spreek, maken ons specifiek zorgen over hulpvragen waarbij huiselijk geweld een rol speelt (zie ook het stuk over Masker-19, opgesteld in overleg met enkele van mijn cliënten). Maar ook kinderen en volwassenen die specifieke zorg en aandacht nodig hebben vanwege hun problemen (autisme, ernstige gedragsproblemen, dreiging van sociaal isolement, etc., etc.) waarbij de behandeling en/of dagbesteding stil is komen te liggen door Covid-19. Scholen hebben vaak wel zicht op, of vermoedens van, wat er speelt achter de voordeuren. Samenwerking tussen scholen, opvang- en dagbestedingsplekken, Veilig Thuis, POH-GGZ, Jeugdzorg en wijkcoaches is wenselijk en mogelijk al in gang gezet.

Daarnaast moeten we er voor waken dat de zorg- & hulpverleners het ook vol kunnen blijven houden om zorg en hulp te kunnen blijven verlenen. Regelmatig uitwisselen hierover is essentieel, en dat gebeurt vaak te weinig. Een van mijn supervisors, Joske Huygevoort, vertelde mij eens dat er nergens zo slecht voor de werknemers wordt gezorgd, als in de zorg. En dat is schokkend!

Laten we niet alleen klappen voor onze zorg- & hulpverleners, maar ze ook daadwerkelijk helpen en ondersteunen, zoveel we kunnen. Want, alleen samen krijgen we corona én het oplopen van de wachtlijsten in de GGZ, onder controle.

Nancy Meesters

GZ psycholoog

werkzaam in een 1 vrouwpraktijk, Psychologiepraktijk Meesters te Enschede.

## **Bronnen**

- Gilbert, P. (2009), The compassionate mind: A New Approach to Life's Challenges. London, UK: Constable & Robinson. ISBN 978-1845297138
- Harris, R. (2007) The Happiness trap. Boston, Massachusetts, Shambala, Trumpeter Books. ISBN 978 59030 584 3
- Hayes, S., Strohsahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999), ACT: een experiëntiële weg naar gedragsverandering. Harcourt ISBN 90 265 1758 0
- Hayes, S. & Smith, S. (2006), Uit je hoofd, in je leven. Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam ISBN 978 90 5712 227 9
- Hoogendijk, W. & de Rek, W. (2017), Van Big Bang tot Burn-out. Uitgeverij Balans, Amsterdam
- Neff, K. (2011), Selfcompassion, New York, NY: Morrow (vertaald in het Nederlands, de Bezige Bij, Amsterdam). ISBN 978 90 234 5865 4
- Thich Nhat Hahn, The art of wisdom, Harper Collins Publishers, 2017.
- de Wachter, D. (2019), De kunst van het ongelukkig zijn. Uitgeverij Lannoo nv, Tielt.
- Volkskrant(en) van de afgelopen tijd

[https://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/Onderzoeks-agenda%20GGz%20\(def\),%20maart%202016.pdf](https://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/Onderzoeks-agenda%20GGz%20(def),%20maart%202016.pdf)

<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vroege-opsporing-van-psychische-klachten-en-aandoeningen-in-de-volwassen-bevolking/achtergronddocumenten>

<https://www.nivel.nl/nl/nieuws/toename-patienten-met-psychische-en-sociale-problemen-de-huisartsenpraktijk>

[https://www.researchgate.net/profile/Gaby\\_Jacobs/publication/43529058\\_Participatie\\_en\\_empowerment\\_in\\_de\\_gezondheidsbevordering\\_Professionals\\_in\\_de\\_knel\\_tussen\\_ideaal\\_en\\_praktijk/links/0912f50616bc7946d8000000/Participatie-en-empowerment-in-de-gezondheidsbevordering-Professionals-in-de-knel-tussen-ideaal-en-praktijk.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Gaby_Jacobs/publication/43529058_Participatie_en_empowerment_in_de_gezondheidsbevordering_Professionals_in_de_knel_tussen_ideaal_en_praktijk/links/0912f50616bc7946d8000000/Participatie-en-empowerment-in-de-gezondheidsbevordering-Professionals-in-de-knel-tussen-ideaal-en-praktijk.pdf)

<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/uitgaven-voor-psychische-problemen>

<https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz>

<https://www.trouw.nl/zorg/onderzoek-psychische-klachten-bij-zorgpersoneel-met-40-procent-toegenomen~b50f1125/>

<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/psychische-gezondheid/cijfers-context/huidige-situatie>

<https://publicaties.zonmw.nl/actieprogramma-verward-gedrag/>

<https://www.ggznieuws.nl/home/succesvolle-pilot-meldpunt-crisisdienst-ggz-buiten-kantooruren/>