

Poel, E.A.H. (Etienne) van der

Van: Peter Niesink [p.niesink@nvvp.net]

Verzonden: vrijdag 24 juni 2011 16:36

Aan: EK-postbus

Onderwerp: Voorstel voor alternatieve bezuinigingen in de GGZ

Bijlagen: 1059 open brief eerste kamer inz bezuinigingen 240611.pdf

Aan de leden van de vaste commissie voor VWS van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

GRIFFIE EERSTE KAMER	
NR.	146658.05
RUB.	XVI
CS	27 JUN 2011
DATUM	
KOPIE	VWS
VERW.	29689

Geachte dames en heren,

Bijgaand treft u onze brief inzake de aangekondigde bezuinigingen voor de GGZ. Wij hebben begrepen dat u voor 28 juni aanstaande vragen kunt stellen over de voorgehangen maatregelen. Wij hopen dat vragen zult stellen en zich sterk wil maken voor de GGZ. Met de drastische bezuinigingsvoorstellen in de GGZ, in het bijzonder de onwaarschijnlijk hoge eigen bijdrage voor de tweedelijns GGZ, creëert het kabinet een zeer onwenselijke tweedeling in de zorg. Deze tweedeling betreft het discrimineren van psychiatrische patiënten, door hen wél en somatische patiënten geen eigen bijdrage op te leggen. Maar ook door de toegang tot psychiatrische zorg in de zorgverzekeringswet onmogelijk te maken voor niet-financieel draagkrachtige patiënten, als gevolg van de eigen bijdrage van € 295,- per DBC die -wanneer wordt verbleven in de kliniek- maandelijks met € 145,- toeneemt.

In onze brief treft u tevens voorstellen voor alternatieve bezuinigingen

Met vriendelijke groet,
Mede namens Prof. Dr. Rutger Jan van der Gaag, voorzitter

Peter Niesink, directeur

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Bezoekadres
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postadres
Postbus 20062, 3502 LB Utrecht
t 030 282 33 03
m 06 53 86 31 02
www.nvvp.net

Aan de leden van de Vaste Kamercommissie voor VWS
van de Eerste Kamer der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

Meer informatie bij:
Peter Niesink, directeur NVvP
06-53863102/ p.niesink@nvvp.net
Hilke Verdijk, beleidsmedewerker
Communicatie NVvP
06-83201248/ h.verdijk@nvvp.net

Utrecht, 24 juni 2011

Kenmerk: PN/lh/1059/11

Betreft: Open brief over de aangekondigde bezuinigingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Wel bezuinigen, niet discrimineren! **De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie presenteert u alternatieven**

Geachte dames en heren,

Niemand kan ontkennen dat forse bezuinigingen noodzakelijk zijn, ook in de GGZ. Wij kunnen onze kinderen en toekomstige generaties niet opscheppen met een onverantwoord oplopende schuld! Maar met de drastische bezuinigingsvoorstellen in de GGZ, in het bijzonder de onwaarschijnlijk hoge eigen bijdrage voor de tweedelijns GGZ, creëert het kabinet een zeer onwenselijke tweedeling in de zorg. Deze tweedeling betreft het discrimineren van psychiatrische patiënten, door hen wél en somatische patiënten geen eigen bijdrage op te leggen. Maar ook door de toegang tot psychiatrische zorg in de zorgverzekeringswet onmogelijk te maken voor niet-financieel draagkrachtige patiënten, als gevolg van de eigen bijdrage van € 295,- per DBC die -wanneer wordt verbleven in de kliniek- maandelijks met € 145,- toeneemt.

Waarom geen zorgbrede en betaalbare eigen bijdrage voor elke patiënt of een bijdrage van alle gezonde mensen?

De minister van VWS zegt in principe alle patiënten wel om een eigen bijdrage te willen vragen, maar dat dat politiek blijkbaar onhaalbaar is. We hebben begrepen dat de PVV heeft aangegeven wel een eigen bijdrage voor de GGZ toe te staan en niet voor de somatiek. Dit lijkt ons onvereenigbaar met de christelijke grondslag en de liberale principes van de regeringspartijen CDA en VVD. Psychiatrische ziekten (bv. autisme, psychoses, depressies) zijn immers echte ziektes, net als diabetes en kanker. Er bestaat een hoge erfelijke kwetsbaarheid, niet zelden verlopen ze chronisch en helaas veroorzaken psychiatrische ziekten veel leed en kennen zij een hoge stervenskans. De discriminatie ten nadele van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen is te meer onterecht omdat de ziekte last van de problemen even groot of groter is dan die van de meeste chronische somatische aandoeningen. Psychiatrische ziekten staan hoog in de top tien van de meest voorkomende ziektes bij de Wereld Gezondheids Organisatie. Zij komen meer voor door de toenemende complexiteit van de maatschappij. Maar waar een ieder gemakkelijk uitkomt voor een somatisch lijden, zijn psychiatrische ziekten taboe. Om dit stigma te doorbreken, moeten we consequent psychiatrisch en somatische patiënten gelijkschakelen.

Wij stellen daarom voor: een reële eigen bijdrage voor alle patiënten en een solidariteitsgebaar van alle gezonden. Door de last over alle patiënten en gezonde mensen te verdelen, betalen we ieder maar €15,- per jaar extra premie of eigen bijdrage, of € 75,- per jaar als we de last alleen over alle patiënten verdelen.

Met welke negatieve effecten van de hoge eigen bijdrage houden wij rekening

Patiënten met meest ernstige problematiek wordt het zwaarst getroffen. Van de patiënten die de zwaarste psychiatrische problemen hebben, circa 20% van deze populatie, kan een groot deel de eigen bijdrage niet betalen. In een onderzoek onder onze leden naar de effecten van de bezuinigingsmaatregelen schatten psychiaters in dat 65% van de patiënten die zeer langdurig onder behandeling staan, de eigen bijdrage niet kan betalen en daarvoor ook een beroep zal moeten doen op de sociale voorzieningen. Maar ook voor patiënten die een kortere behandeling nodig hebben leidt de eigen bijdrage tot financiële nood: psychiaters schatten voor hen in dat 43-47% de eigen bijdrage niet kan betalen. Van de groep die de eigen bijdrage niet kan betalen zal 25-30% van de patiënten geen gebruik meer

maken van de zorg die ze nodig hebben. Met alle maatschappelijke gevolgen van dien, zoals meer crisissen, opnames en duurdere behandelingen. Ook wordt de druk op huisartsen en het sociale vangnet rond patiënten zwaarder, zo schatten psychiaters in.

Uit ons onderzoek blijkt verder dat naast de groep patiënten die zorg zal mijden, naar schatting 40% van de patiënten minder gebruik zal maken van zorg. Veel van deze patiënten zullen een terugval krijgen, zo schatten de psychiaters in. Ook zullen deze patiënten een zwaarder beroep moeten doen op andere sociale voorzieningen, zoals maatschappelijke opvang en de verslavingszorg.

De minister verwijst naar beschikbare sociale voorzieningen voor patiënten die zelf niet de eigen bijdrage kunnen betalen. Maar liefst 98% van de psychiaters heeft geen vertrouwen in deze oplossing (41% onvoldoende vertrouwen en 57% geen enkel vertrouwen). Het feit dat sociale voorzieningen ook hard worden getroffen door bezuinigingen van het kabinet, draagt aan dit volledig gebrek aan vertrouwen bij. Ook zijn veel patiënten, juist door de aard van hun ziekte, vaak zelf niet in staat om zoiets voor zichzelf te regelen. De ervaring leert dat het nu al een onmogelijke klus is voor de meeste patiënten om zich een weg te banen door de sociale voorzieningen.

Voor oudere patiënten: veel lijden in stilte

De maatregelen van het kabinet treffen ook ouderen met psychiatrische aandoeningen -zoals dementie- hard, zo schatten psychiaters in. Zij denken dat 50% van deze ouderen de eigen bijdrage niet kan betalen, en dat als gevolg daarvan 30% van hun patiënten minder psychiatrische zorg zal gebruiken en 30% geen gebruik meer van de zorg zal maken. Voor ouderen met een psychiatrische aandoening als bijvoorbeeld Alzheimer is het al helemaal onmogelijk om te begrijpen hoe zij via andere sociale voorzieningen kosten voor de eigen bijdrage gerealiseerd moeten krijgen. Psychiaters die ouderen behandelen verwachten dan ook toenemende vereenzaming van deze ouderen, zo blijkt uit ons onderzoek.

Hoe dan wel bezuinigen in de GGZ?

Door een geweldige efficiëntie en doelmatigheidsslag op te leggen! Nu worden opnames bevorderd door de financieringswijze, terwijl met ambulante, poliklinische en buurtzorg meer te bereiken valt tegen minder kosten. Bovendien wordt er al jaren geld verspeeld door dubbele registratie omdat geen keuze wordt gemaakt voor eenduidige DBC bekostiging. Dus in versneld tempo bedden reductie, drastische opnameduur verkorting en ambulantisering. Goede ketenzorg tussen eerste en tweedelijns rond veelvoorkomende psychische stoornissen voorkomt te laat stellen van de diagnose en nutteloze behandeling en bevordert overheveling van de dure tweedelijns naar de eerstelijnszorg. De psychiatrische zorg zal doelmatig verdeeld moeten worden, zodat sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en nurse practitioners het leeuwendeel van het werk kunnen leveren met een zorgvuldige rugdekking van psychologen en psychiaters. De werkers in de GGZ zullen hun tijd effectief moeten aanwenden. De tijdsbelasting voor administratie en herhaalde rapportage voor indicatiestellingen kan sterk teruggebracht worden. Op deze wijze zal de GGZ een bijdrage kunnen leveren aan optimale zorg binnen een eenduidig stelsel en voor een redelijke en door de maatschappij op te brengen prijs.

Er kan een structurele besparing van ruim 10% op het huidige budgettaire kader worden gerealiseerd, als de zorg dicht in de buurt wordt georganiseerd en de dure tweedelijns zorg wordt afgeslankt tot echte specialistische zorg. Door minder patiënten in de kliniek te helpen, maar veel meer ambulant wordt de psychiatrische zorg efficiënter en is het voor patiënten en familieleden veel aangenamer. Geef de minister opdracht om samen met de sector tot deze planvorming te komen en al in 2013 deze doelmatigheidsslag te realiseren. Door nu opdracht te geven tot deze forse besparing kan al in 2012 worden afgezien van de forse eigen bijdrage op basis van de doelmatigheidswinsten van 2013 en verder.

Zijn er voor 2012 ook alternatieven voor handen?

Jazeker! Wij hebben al eerder aan de minister van VWS voorgesteld de dyslexiezorg uit de GGZ DBC te halen. Dyslexie zorg is geen GGZ, maar soupeert wel ruim € 50 miljoen van het GGZ budget. Ook zou bezuinigd kunnen worden door de hoogste DBC groepen met behandelingsduur van 18.000 minuten sterk te limiteren, of zelfs deze uit de productstructuur te halen. Ook dit zou een besparing van ca. € 15 tot 20 miljoen kunnen opleveren.

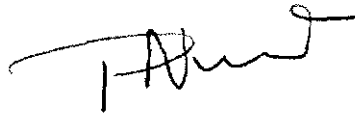
Heeft u eigenlijk een beeld bij de patiënten die getroffen worden door de bezuinigingen?

In de bijlage van deze brief hebben wij vignetten opgenomen van patiënten, die door de aangekondigde bezuinigingen in de knel zouden komen. Ook nodigen wij u van harte uit voor onze manifestatie op woensdag 29 juni aanstaande van 15.00 tot 17.00 uur op het Plein in Den Haag. Wij verwachten daar vele patiënten, psychiaters en andere zorgprofessionals die u kunnen vertellen wat het effect van de aangekondigde maatregelen zal zijn. Zij en wij gaan graag met u in gesprek over de aangekondigde bezuinigingsmaatregelen en de alternatieven die voorhanden zijn.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie



Prof. dr. Rutger Jan van der Gaag
Voorzitter



Peter Niesink
Directeur

Bijlage Vignetten

Ouderenpsychiatrie in GGZ-instelling

Hoogbejaarde man heeft last van aanhoudende geur en gehoorshallucinaties. Hij is ervan overtuigd dat geluiden en geuren waarvan hij last heeft door de burens worden veroorzaakt. Dit leidt tot ernstige burenruzies waarbij ook de politie wordt betrokken. Hoewel patiënt meent dat hij niets mankeert, laat hij de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en psychiater wel binnen en komt een behandelcontact tot stand waarbij hij ook antipsychotische medicatie neemt, die enig effect heeft. Hij moet hiertoe wel steeds opnieuw worden gemotiveerd. Wanneer een eigen bijdrage zou worden gevraagd, zou patiënt de contacten met de GGZ direct verbreken, geen medicatie meer nemen en zou de psychose in alle hevigheid terugkeren, met alle overlast van dien.

Ouder en kindzorg in GGZ-instelling

Patiënte is een ernstig getraumatiseerde vrouw van middelbare leeftijd, met een zeer ernstige vorm van borderline persoonlijkheidsstoornis, met dissociatie en chronische suicidaliteit. Er is een uitgebreide geschiedenis met langdurige opnames. Ze volgt een intensief ambulante programma, met thuiszorg, psychotherapie en farmacotherapie. De kinderen zijn geparentificeerd en in het verleden was er een OTS. Door haar voorgeschiedenis van misbruik ervaart patiënte alles als afgedwongen en opgelegd. Zij moet voortdurend worden gemotiveerd voor hulp. Geen hulp betekent toename van suïcidaal gedrag en ontwricht het leven van beide kinderen nog meer. Patiënte leeft op het bestaansminimum. Invoering van de maatregel betekent dat patiënte zich nog meer gekrenkt aan hulp zal onttrekken, waarna zonder enige twijfel suïcidale appels zullen toenemen.

Volwassenenpsychiatrie in GGZ-instelling

Patiënt is een 45-jarige man met schizofrenie, die vele jaren als dak- en thuisloze heeft geleefd, met de nodige verslavingsproblemen. Sinds enkele jaren is hij bij ons in behandeling en heeft hij eenmaal per twee weken contact met de casemanager of de psychiater. Door het gebruik van medicatie en het krijgen van ondersteuning is hij in staat om zelfstandig te wonen. Hij doet een aantal dagen per week vrijwilligerswerk in het dak- en thuisloze circuit in Utrecht. Psychosen en depressies liggen op de loer waardoor hij regelmatig medicatie-veranderingen moet ondergaan. Patiënt heeft weekgeld van € 80,-. Op 16 juni 2011 heb ik met hem de komende bezuinigingen besproken. Hij vertelde mij dat dan voor hem de zorg ophoudt. De eigen bijdrage is een aantal weken leefgeld voor hem, dat kan hij niet missen. Het gevolg zal zijn een toename van psychotische klachten, mogelijk verlies van zijn huis, en terugval naar de straat. Een triest scenario.

Volwassenenpsychiatrie in Revalidatiecentrum

35-jarige vrouw, lijdend aan gevolgen van verkeersongeluk. In behandeling in revalidatiecentrum. Er is samenhang tussen herbelevingen van het ongeluk (angst, schrikachtigheid, nachtmerries, vermijden van verkeer, prikkelbaarheid) en de zogenaamde lichamelijke gevolgen (pijn, bewegingsbeperking, slechte concentratie). Patiënte moet voor dezelfde kwaal nu naar twee instanties (GGZ en revalidatiecentrum, voor fysiotherapie en ergotherapie) maar omdat zij straks voor de behandeling van de posttraumatische stressklachten een relatief hogere eigen bijdrage moet betalen ziet zij daar van af, met als gevolg dat de behandeling in het revalidatiecentrum niet of nauwelijks mogelijk is, in ieder geval veel langer zal duren en dientengevolge zal haar invaliditeit ook blijvend zijn.

Volwassenenpsychiatrie in (Academisch) Ziekenhuis

Patiënt is man van middelbare leeftijd. Hij werkte altijd zeer hard, op Europees niveau, stapte over in eigen bedrijf omdat hij meer inhoud wilde geven aan werk; naar aanleiding van een combinatie van factoren ontwikkelde hij een ernstige depressie en was hij niet meer in staat te werken. Zijn eigen bedrijf moest hij afstoten; hij had zich in zijn rotsvaste vertrouwen onvoldoende tegen arbeidsongeschiktheid verzekerd. Hij leeft nu in absolute armoede en schraapt het geld bij elkaar om behandeling te kunnen ondergaan. Financieel zit hij klemvast. Een eigen bijdrage kan hij niet betalen, op sociale voorzieningen kan hij niet eens aanspraak maken. De armoedeval onderhoudt zijn depressie, hij krabbelt langzaam op. Niet meer kunnen betalen van zorg kan een verschil maken om toch over te gaan op suïcide. Hij is een man die bij wijze van spreken eerste Kamerlid had kunnen zijn.