



POSITION PAPER

Aan: Vaste Kamercommissie voor VWS
Van: MIND
Datum: 14 februari 2023
Kenmerk: 23-006

Position paper MIND voor het rondetafelgesprek “De enorme stijging van het aantal mensen met een psychische stoornis” 22 februari 2023

Ruim een kwart van de volwassen Nederlanders heeft in het afgelopen jaar een psychische aandoening gehad. Dat zijn 3,3 miljoen mensen. Het aantal volwassenen met een angststoornis, depressieve stoornis of stoornis in het gebruik van alcohol en drugs is de afgelopen twaalf jaar sterk gestegen. Dat blijkt uit het langlopende landelijke NEMESIS onderzoek van het Trimbos-instituut.

Hoofdvraag

Hoe kan de stijging van het aantal mensen met een psychische stoornis worden verklaard en hoe kan een verdere stijging worden voorkomen?

MIND ziet dat er veel aannames worden gedaan over de mogelijke verklaring van de stijging. Is er sprake van medicalisering? Zijn mensen/patiënten veeleisende(r) geworden? Gaan mensen gebukt onder maatschappelijke ingewikkeldheden? Er is nog geen feitelijke onderbouwing voor het een of het ander; ‘de’ verklaring bestaat niet.

In het gesprek hierover is het daarom des te belangrijker om ons te baseren op feiten en niet op aannames. Is er bovendien daadwerkelijk sprake van een stijging, of gaat het om gelijkblijvende getallen? Trimbos concludeert dat het niet duidelijk is of het ggz-gebruik toeneemt. De stijging is vooral toe te kennen aan het meetellen van de mensen die zich wenden tot de POH-ggz; dit gebeurde voorheen niet.¹ Het aantal mensen dat gebruik maakte van gespecialiseerde ggz (zowel met als zonder verblijf) nam zelfs af tussen 2013-2017, aldus een Vektis-rapportage.² Het is ook van belang in het gesprek over ‘stijging van aantallen mensen’ onderscheid te maken tussen zelf-rapporteurders, waarbij mensen symptomen aangeven, en het aantal mensen in zorg bij een ggz-aanbieder.

Kortom, het is wat ons betreft belangrijk om het gesprek hierover ‘zuiver’ te voeren, op basis van feiten. Als de stijging of het gelijk blijven van aantallen met feitelijke informatie ondersteund kan worden, zit daar ook al een deel van de oplossing.

¹ [AF2059-Ggz-uit-de-knel.pdf \(trimbos.nl\)](#). “Dus neemt het ggz-gebruik toe? Dat is niet duidelijk zichtbaar in het bij zorgverzekeraars gecontracteerde deel van de ggz, speelt mogelijk wel daarbuiten en zeker bij de poh-ggz.”

² [Feiten en cijfers over ambulantisering ggz | Vektis.nl](#)



Het is hoe dan ook van individueel en maatschappelijk belang om psychisch lijden zoveel mogelijk te voorkomen. En om voor mensen die te maken hebben met psychische klachten, kwalitatief goede zorg en ondersteuning te bieden. Zonder wachttijd. De behoefte van de cliënt/patiënt en eventueel diens naaste dient daarbij altijd als uitgangspunt voor de behandeling te worden genomen. Bij de beantwoording van onderstaande vragen gaan we hier nog wat dieper op in.

Deelvragen:

1. Wat valt wel en niet onder de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en wat zou er wel en niet onder moeten vallen?

Reactie MIND:

Het is van belang dat er een eenduidig begrip is over wat de ggz omvat. Dit helpt bij het voeren van een goed gesprek, zoals we hierboven al aangaven. Een belangrijke vraag in dit kader is bijvoorbeeld of de POH-ggz als onderdeel van de ggz wordt gezien, of als onderdeel van de huisartsenzorg. Momenteel valt de POH-ggz onder de huisartsenzorg en is het dus formeel geen onderdeel van de ggz-zorg.

We willen graag benadrukken dat het van belang is om ggz op te vatten als zorg voor datgene wat verder gaat dan normale menselijke emoties, om te voorkomen dat er gebagatelliseerd gaat worden. We gaan de echte, serieuze problemen niet oplossen door te roepen "dat het er nou eenmaal bij hoort." Dat doen we ook niet bij somatische klachten. Het is essentieel om psychische klachten serieus te nemen, te erkennen en te kijken wat het beste past bij de hulpvraag van de mens, samen met die mens in kwestie (en indien gewenst diens naaste). Dit vraagt om een breed aanbod van ggz- en niet-ggz-zorg en ondersteuning. Daaronder scharen we de traditionele ggz-zorg en nieuwe opties vanuit ervaringsdeskundig/sociaal domein, als ook complementaire zorg. De grenzen zijn dus niet 'hard' af te bakenen.

2. In hoeverre is er in de ggz sprake van een lerende cultuur, van ontschotting en van samenwerking?

Reactie MIND:

MIND bepleit samenwerking en een lerende cultuur tussen ggz en de andere veldpartijen, waaronder juist ook cliënten en naasten (-organisaties). We moeten uit de ggz-koker komen, waarbij alleen de ggz de oplossing bepaalt. Wanneer de hulpvraag van de mens centraal staat, ligt de oplossing in een breed aanbod in zorg en welzijn. Daarvoor zijn naast de ggz ook andere partijen nodig, zoals het sociaal domein, complementaire en informele zorg en financiers. Her en der is hiermee al een begin gemaakt, zoals de transfertafels en het Ecosysteem Mentale gezondheid (GEM). Het tempo en de verspreiding van deze goede praktijken mag wat MIND betreft naar een hogere versnelling worden getild, waarbij tegelijkertijd goed gemonitord moet worden wat de effectiviteit is van deze nieuwe aanpakken. Daarnaast is er nog veel werk te verrichten op het gezamenlijk leren tussen professionals en cliënten/patiënten en naasten vanuit een gelijkwaardige positie. Ervaringskennis, bijvoorbeeld bij de ontwikkeling van nieuw beleid of nieuwe zorgstandaarden en professionele richtlijnen, heeft nog niet dezelfde positie als wetenschappelijke kennis en professionele kennis. Terwijl in de praktijk vaak blijkt dat juist die ervaringskennis een belangrijke rol speelt bij het overbruggen van de kloof tussen

beleidstheorie en uitvoeringspraktijk. Gezamenlijke besluitvoering, oftewel shared decision making, is ook uiterst belangrijk voor onze achterban en mag blijvend aandacht behouden.

3. Hoe kan de stijging van het aantal mensen met een psychische stoornis worden verklaard?

Reactie MIND:

Zie hiervoor ons antwoord op de hoofdvraag. Een zo vroeg mogelijke erkenning van psychisch leed is van belang, net als het daarbij op de juiste manier aanbieden van passende zorg en ondersteuning. Voor mensen met serieuze psychische klachten is het niet helpend om te horen “dat mensen het lijden zijn verleerd” en “veeleisender zijn geworden”, zoals nu vaak gebeurt in het politieke en maatschappelijke debat. Deze doorgeschoten normalisering werkt stigmatiserend, en op die manier wordt het probleem ook alleen bij de individu met klachten neergelegd. Het is belangrijk dat we als collectief, als maatschappij ook de hand in eigen boezem steken. Wat kun je voor een ander betekenen, hoe zorgen we in onze maatschappij voor elkaar? Op die manier gaan we van ‘zelfredzaamheid’ naar ‘samenredzaamheid’.

4. Hoe kan een verdere stijging van het aantal mensen met een psychische stoornis in de toekomst worden voorkomen?

Reactie MIND:

Hierboven hebben we al aantal oplossingsrichtingen geschetst. Samengevat:

- Doe beschuldigende en stigmatiserende frames de deur uit.
- Laten we ons baseren op feiten.
- Ga uit van de hulpvraag, zet de cliënt en naaste centraal.
- Wees er zo vroeg mogelijk bij, dus al op jonge leeftijd.
- Erken dat er nare dingen gebeuren met mensen, ook al in de (vroeg) kindertijd, en dat die mensen vaak lang en soms blijvende zorg nodig hebben.
- Zet in op terugvalpreventie (door goede herstel ondersteunende zorg en ondersteuning van naasten mogelijk te maken).
- Erken ook dat sommige mensen, vaak buiten hun schuld, pech hebben in het leven, zoals opgroeien in een problematische gezinssituatie, of armoede en schuldenproblematiek.
- Accepteer dat er mensen zijn die soms intensieve zorg nodig hebben. Net als bij zware lichamelijke en soms chronische aandoeningen. Dit gaat verder dan een ‘leefstijl-aandoening’.

5. Zijn er alternatieven voor de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), en zo ja welke?

Reactie MIND:

Vorig jaar is [de Generieke module diagnostiek](#) gepubliceerd, waarin beschreven wordt waar goede diagnostiek in de ggz volgens de patiënt, zijn naasten en de professional aan moet voldoen. Hierin staat vermeld dat het belangrijk is een strikt onderscheid te maken tussen classificeren en



diagnosticeren. Naast het DSM-classificatiesysteem bestaan er ook andere classificatiesystemen of ordeningsprincipes, zoals ICD, ICF en NANDA.³ Diagnosticeren is het zoeken naar het verhaal achter de symptomen. Enkel het toetsen van de symptomen aan de classificatiecriteria is onvoldoende om een goed begrip van de psychische aandoening te krijgen.

We hebben een genuanceerde visie op de DSM: niet alles is er slecht aan. Sommige mensen vinden het juist fijn om te weten dat je (cluster van) klacht(en) vaker voorkomt, dat je snapt wat er met je aan de hand is, etc.⁴ We pleiten dan ook niet voor een stante pede afschaffing van de DSM. Wel zou het goed zijn als het niet 'de enige leidraad' is, die gebruikt wordt. Een alternatief zou kunnen zijn om te werken vanuit de hulpvraag en die, vanuit principes als 'eigen regie' en 'samen beslissen' centraal te stellen in de zoektocht naar herstel. Dan is dus niet zozeer de DSM-classificatie leidend, maar kijkt de behandelaar samen met de mens en zijn hulpvraag naar datgene wat nodig is voor persoonlijk herstel. Dat kan ggz zijn, of een oplossing buiten de ggz, of een combinatie van beide.

We halen in dit kader graag een passage aan uit de ggz-zorgstandaard "Generieke Module Diagnostiek", waarin de visie op gezondheid vanuit het ggz-cliënten- en naastenperspectief wordt beschreven:⁵

"Gezondheid gaat in wezen over veerkracht en vitaliteit, een leven kunnen leiden dat geleefd kan worden binnen de grenzen van de (on)mogelijkheden en ondanks ziekten en zorgen. Het gaat uiteindelijk om persoonlijke keuzes over doelen in het leven. Zorg gericht op herstel van de gezondheid stelt de wensen en de behoeften van het individu centraal en richt de focus op zelfmanagement en zelfredzaamheid. Het is zorg met aandacht voor kracht en klacht op basis van de menselijke maat met als motto: Zie de mens, niet het etiket. Om bouwstenen voor zorg vanuit het patiënten/naasten perspectief te concretiseren heeft MIND het visiestuk Focus op Gezondheid en de basis-set Kwaliteitscriteria GGz opgesteld."

Onze visie 'Focus op Gezondheid' vindt u [hier](#).

³[ICD-11 \(who.int\)](http://www.who.int)

[ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health | WHO Collaborating Centre voor de Familie van Internationale Classificaties \(FIC\) in Nederland \(whofic.nl\)](http://www.who.int)

NANDA International - Verpleegkundige diagnoses en classificaties 2018-2020

⁴ Ervaren rol van DSM classificaties (MIND panel uitvraag 2020)

- Circa 2/3 deel van de patiënten en de naasten heeft baat bij een DSM categorie (biedt helderheid)
- Ruim 2/3 deel van de patiënten en de naasten heeft last van een DSM label (vormt een keurslijf)
- Ruim de helft van de respondenten ervaart prevaleren van een DSM categorie boven eigen verhaal

⁵ [7. Bijlagen - Diagnostiek | GGZ Standaarden](#)



6. Hoe leren we voor de toekomst van elkaar om anders om te gaan met psychische klachten en wat is de rol van preventie daarin?

Reactie MIND:

Voor een deel gaan we helemaal niet verkeerd om met psychische klachten. Het is een groot goed dat er een breed ggz-aanbod is met ook expertise voor complexere aandoeningen. Laten we dit vooral behouden en het kind niet met het badwater weggooien. Denk ook aan de kracht die lotgenotencontact en zelfregie- en herstelinitiatieven kunnen hebben op het gebied van terugvalpreventie en/of het voorkomen van erger. We moeten vaart maken met de realisatie en verdere uitrol van een landelijk dekkend netwerk van zelfregiecentra, (zoals in het Integraal Zorgakkoord/IZA is vermeld).

Wat wel problematisch is, is de toegankelijkheid van de ggz en het "oude denken" vanuit het huidige systeem van ggz-zorg. Bijvoorbeeld dat complexere aandoeningen alleen in grote ggz-instellingen te behandelen zijn met behulp van gecontracteerde zorg. Dit is wat ons betreft een onjuiste benadering; er zijn ook kleinere aanbieders die kwalitatief zeer hoogstaande zorg leveren aan mensen met een complexe hulpvraag. Zij kunnen soms juist meer maatwerk aanbieden, passend bij de hulpvraag. Er is juist in de ggz geen "one size fits all" benadering mogelijk. En we moeten niet alles proberen te vangen in strakke kaders en protocollen. Soms is een "out of the box" benadering nodig, en is dat juist passende zorg voor de desbetreffende persoon. Wat betreft de rol van preventie gaan wij uit van het brede begrip preventie. Dit omvat zowel primaire, secundaire als tertiaire preventie en daarmee ook het voorkómen van de verergering van klachten (bv door minder wachtlijsten en een breder aanbod van zorg) of van terugval (bv door een laagdrempelig steunaanbod).

Voorbeelden van zelfregiecentra:

<https://www.ixtanoa.nl/>

<https://www.kompassie.nl/>

<https://www.vriendendienstendeventer.nl/zelfregiecentrum/zelfregiecentra>

<https://www.kernkracht.nl/>

Meer informatie: Nederlandse vereniging voor zelfregie en herstel <https://nvzh.nl/>

Namens MIND zal Denise Bosma van Ixta Noa MIND spreken.