DE GGZ NA DE CORONACRISIS

Van FACE TO FACE naar ZORG OP AFSTAND

Door de coronacrisis heeft online behandelen in de ggz een hoge vlucht genomen. Niet iedereen juicht dit toe. Uit het veld komt kritiek op de digitale vormen van zorg.

tekst Shannah Spoelstra
illustraties Pluisproducties

VOOR DE GGZ BEGINT DE CORONACRISIS HALF MAART MET EEN ACUTE FASE, waarin alles op alles wordt gezet om verspreiding van het virus tegen te gaan. De ggz-instellingen treffen voorbereidingen voor speciale corona-units, sturen mensen vanuit een opname waar mogelijk eerder naar huis, en schalen in korte tijd digitale behandeling en ondersteuning op. Behandelaars én patiënten stellen reguliere behandelingen uit, aanbieders van dagbesteding en dagopvang sluiten de deuren en veel ambulante hulpverleners kiezen voor zorg op afstand. Hierop volgt uit verschillende hoeken de kritiek dat de ggz te snel face-to-face contact heeft afgebouwd, waardoor de meest kwetsbaren in de problemen komen. Toch lijkt online behandelen niet meer weg te denken uit de toekomst van de ggz. Inmiddels is de acute fase voorbij. Op het moment van schrijven zijn de maat-

regelen van het kabinet verlengd tot eind mei. Al begin april vertelt Marc Blom, psychiater en bestuurder van Parnassia Groep, dat het besef indaalt dat de maatregelen weleens lang zouden kunnen duren. Daarmee komt ook het besef dat de online opschaling niet voor elk probleem een oplossing biedt. 'Aan de ene kant wil je niet dat het virus zich verder verspreidt, aan de andere kant zie je mensen en gezinnen vastlopen. Voor hen wordt het probleem groter dan het risico op een besmetting. Hierin zullen we steeds opnieuw een afweging moeten maken.' De Parnassia Groep heeft in april alweer kleinschalige vormen van ondersteuning opgepakt, zoals een-op-een-wandelingen met vrijwilligers, voor patiënten die normaal naar de dagopvang gaan.

Wel of niet online

De ggz had een voorbeeld kunnen nemen aan de somatische zorg, vindt ervaringswerker Hans van Eeken. 'De eerste twee weken dook iedereen als het ware achter de dijken. Ik wil het coronavirus absoluut niet bagatelliseren, maar van zorgprofessionals mag je verwachten dat ze niet thuis achter het raam gaan zitten. Kraamverzorgsters, wijkverpleegkundigen en thuiszorgmedewerkers komen ook nog gewoon langs bij hun patiënten en cliënten.' Van Eeken maakt zich onder andere zorgen over de spanningen die oplopen in kwetsbare gezinnen, waar alle hulp is weggefallen. Philippe Delespaul, hoogleraar Zorginnovaties in de GGZ aan de Universiteit Maastricht deelt de zorgen: 'Sommige instellingen zijn zelfs volledig overgegaan op beeldbellen en ook sommige Fact-teams doen nu een groot deel van hun ambulante caseload via de telefoon. Dit gaat misschien twee weken goed, maar geldt dat ook voor een paar maanden of een half jaar?' Volgens hem zijn huisbezoeken in sommige gevallen onmisbaar en moet de sector nadenken over een optimale verdeling tussen face-to-face-contact

en digitale zorg op afstand. Marijke van Putten, psychiater bij GGZ Noord-Holland-Noord (GGZ NHN) pleit ervoor om in ieder geval niemand bij voorbaat uit te sluiten van beeldbellen. 'Digitale zorg werkt voor iedereen die het wil. We hebben snel de neiging om in doelgroepen te denken; voor wie werkt dit wel en voor wie niet. Doe dat niet en laat mensen zelf beslissen. Het maakt niet uit tegen wat voor psychische problemen mensen aanlopen, het belangrijkste is dat ze vrijwillig kiezen voor zorg op afstand.' Van Putten is ervan overtuigd dat mensen het beste af zijn in hun eigen, vertrouwde omgeving. Daarom zette ze jaren geleden al in op zorg op afstand, zowel binnen de basis-ggz, als bij meer complexe problematiek. Ook Bart Vemer, (online) gezondheidspsycholoog, is ervan overtuigd dat online behandeling voor iedereen kan werken, mits mensen die behandeling daadwerkelijk willen. 'Je moet wel kritisch blijven. Als er een opname-indicatie is omdat iemand heel psychotisch of manisch is, dan moet je opnemen. Anders kun je online behandelen totdat je een ons weegt.'

Toekomst

De voorkeur van Vemer gaat uit naar een *blended* vorm van online behandelen; daar ligt volgens hem de toekomst van digitale zorg. '80 procent van wat een psycholoog tegen een patiënt zegt, wordt vergeten. Met *blended* heb je niet alleen het gesprek. Mensen kunnen ook teksten lezen, schrijven, audiofragmenten beluisteren of video's bekijken in hun eigen tijd. Zo zijn ze op veel meer manieren met zichzelf en met therapie bezig. Ik ben ervan overtuigd dat er dan veel meer binnenkomt

'Digitale zorg werkt voor iedereen die het wil'

en landt bij de patiënt dan alleen met een face-to-face-gesprek.' Volgens Floortje Scheepers, hoogleraar Innovatie in de GGZ UMC Utrecht, gaat de huidige opschaling van digitale zorg op afstand niet leiden tot een grootse transformatie van de sector. 'Een-op-een-(beeld)bellen is eigenlijk een vervanging van wat de ggz al deed. Je zet alleen je reguliere processen om in digitale processen. Je blijft gewoon je eigen ding doen en je hoeft geen rekening te houden met andere hulpverleners of de thuissituatie.' Terwijl juist samenwerking en oog hebben voor de sociale context essentieel is om goede en passende zorg te leveren. Daar ligt wat haar betreft de echte transformatie van de ggz. Maar daarvoor is in de huidige digitaliseringslag geen aandacht. Vemer is het daarmee eens. Toch denkt hij dat de digitalisering op de langere termijn wel degelijk zal bijdragen aan goede zorg. 'We staan pas aan het begin en er wordt nog maar een klein stukje toegepast van alle mogelijkheden. Groepstherapie, apps, online modules, virtual reality, serious gaming: je kunt heel veel inzetten om een patiënt goed te behandelen. Als we een deel van de zorg kunnen vergemakkelijken met digitalisering, komt er tijd vrij. Die kunnen we investeren in het deel waarvoor nu te weinig aandacht is, zoals domeinoverstijgend samenwerken, persoonlijk contact, vangnetten versterken en wellicht daarmee wachtlijsten reduceren.' Volgens Scheepers kun je niet zeggen dat beeldbellen beter is dan face-to-facecontact of andersom. 'We moeten concluderen dat we elke keer opnieuw écht naar mensen moeten kijken om te zien wat bij hen past.' Daarvoor moet de ggz connectie maken met alle verschillende perspectieven en domeinen in hulpverlenersland én met de patiënt.

Sociale context

De coronacrisis leert de ggz volgens Delespaul dat het dagelijks leven, ofwel de leefwereld van de patiënt, er meer toe doet dan diens diagnose. 'Door de huidige omstandigheden hebben we meer oog voor hoe mensen de dag doorkomen, hoe ze omgaan met sociale relaties en of ze nog mensen zien. Terwijl we ons in 'gewone' tijden te veel focussen op de angst, trauma's en psychoses van mensen.' Scheepers heeft haar twijfels of de coronacrisis die bewustwording versterkt, omdat al vijftig jaar bekend is dat de context enorm belangrijk is. De sector weet alleen nog steeds niet weet wat ze daarmee moet. 'Hoe zorg ik ervoor dat mijn patiënt weer een baan krijgt? Hoe versterk ik zijn sociale netwerk? Professionals wijzen naar elkaar wie daarover gaat. Dus belandt de ggz steeds weer in het spoor dat ze kent: medische richtlijnen, medicatie, psychotherapie en individuele interventies om iemand te empoweren.' Ook ervaringswerker Van Eeken ziet dat aansluiting op de leefwereld van de meest kwetsbare groepen nog steeds ontbreekt. Volgens hem is de hele ggz, maar ook het sociaal domein, te veel gericht op 'zorg'. 'Daarmee hebben we veel mensen te afhankelijk gemaakt van professionele zorg. Er is veel te weinig aandacht geweest voor empowerment en autonomieontwikkeling.' Hoogleraar Delespaul ziet dit terug in de overconsumptie die volgens hem al langere tijd gaande is in de psychiatrie. 'Mensen worden afhankelijk van hun behandelaar, wat hun eigen weerbaarheid en regie pakken in de weg kan staan. Terwijl juist dat belangrijk is voor herstel.' Van Eeken pleit al jaren voor een sterke infrastructuur van *peer support* en zelfhulpgroepen. Ook digitale middelen worden momenteel ingezet om cliënten onderling met elkaar in contact te brengen. Nancy Majoor, teamleider van het digiteam van GGZ Noord Holland Noord ziet de afgelopen weken meer mensen om dergelijke connecties

vragen. 'Op hun verzoek kunnen we hen aan elkaar koppelen, bijvoorbeeld mensen die elkaar altijd op de dagopvang zagen.'

Uiteindelijk draait het volgens Scheepers om zorg uit het medische domein én het sociaal maatschappelijke domein. 'Het verhaal van iemand die is opgegroeid in een achterstandspositie, van alles heeft meegemaakt en met vallen en opstaan door het leven ploetert, is complex. Als professional kun je zo iemand nooit in je eentje op de been helpen. Daar heb je de sociale context voor nodig. Familie, vrienden, én andere hulpverleners.' Netwerkgorg ziet ze als de enige route om perspectieven bij elkaar te brengen en tot een echte transformatie van de ggz te komen. De kern daarvan is met een holistische blik een gesprek aangaan. 'Wat

heeft iemand nodig om te herstellen en wie kan daarbij worden ingezet? Bouw netwerken die zijn toegesneden op de behoefte van de persoon.' Scheepers richtte in de regio Utrecht met verschillende partijen Psynet op, dat gebruikmaakt van een digitaal platform. De cliënt vormt daar samen met zijn mantelzorgers en zorgverleners een netwerk dat fungeert als vangnet. 'Men kan snel overleggen als de cliënt niet bereikbaar is en bepalen wie er langsgaat of ingrijpt.' Huisartsen zien hiervan het belang in, maar de ggz nog niet, merkt Scheepers. 'Hoe verbinden we ons met elkaar en hoe verhouden we ons tot elkaar. Dat gesprek aangaan en daarin onze werkwijze aanpassen, zie ik ook in deze crisis nog niet gebeuren binnen de ggz. De psychiater stelt nog steeds graag een

'Bouw netwerken toegesneden op de behoefte van de persoon'

medische diagnose en werkt met eigen protocollen. Terwijl het juist goed zou zijn als mensen uit andere sectoren de houding van een medisch specialist vanuit hun perspectief aanschouwen en hem feedback geven.' Constant in connectie staan met andere hulpverleners en gezinnen is een heel andere manier van werken en leidt volgens Scheepers tot betere zorg.