

DE IMPACT VAN COVID-19 OP DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Een discussie over normen en waarden

Simone Melis



Centrum voor
Ethiek en
Gezondheid

1. Inleiding

COVID-19 heeft een forse impact op de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Behandelingen vonden – en vinden – voornamelijk plaats via beeldbellen of worden uitgesteld, GGZ-instellingen namen het besluit enkele maanden lang geen of weinig bezoek te ontvangen, en huisartsen verwezen veel minder patiënten met psychische klachten door.

De maatregelen die binnen de GGZ zijn genomen in reactie op de coronacrisis zijn gebaseerd op de richtlijn ‘GGZ en corona’.⁽¹⁾ Die richtlijn gaat uit van de generieke richtlijnen die zijn opgesteld door de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)¹ en van het kabinetsbeleid inzake corona.

De algemene corona-normatiek (dat wil zeggen: richtlijnen en standaarden die zijn vertaald in concrete maatregelen en uitvoeringspraktijken) is gebaseerd op een biomedisch, klinisch perspectief dat voortvloeit uit waarden als fysieke gezondheid en veiligheid. In dat perspectief spelen vragen een rol als: hoe is de ziekte ontstaan, hoe kunnen we die voorkomen en wat is daarvoor nodig? Dat perspectief is vervolgens ook gekozen voor de GGZ.

Het was logisch en zinvol om die benadering in de eerste fase van de coronacrisis, direct na de uitbraak, ook in de geestelijke gezondheidszorg te volgen. Zorgverleners, onderzoekers en beleidsmakers hebben zich echter te lang laten leiden door deze visie op gezondheid en goede zorg, die op z'n minst eenzijdig mag worden genoemd. Zoals ik zal laten zien, is het vanuit het

perspectief van cliënten, familie en naastbetrokkenen van belang om vanuit een integrale kijk op gezondheid te handelen, ook wel positieve gezondheid genoemd.⁽²⁾ Die omvat ook andere waarden dan fysieke gezondheid en veiligheid, zoals autonomie en keuzevrijheid van cliënten. De ethische kernvraag die centraal staat in dit essay is: ‘Wat is “goed handelen” in de geestelijke gezondheidszorg ten tijde van corona en welke waarden zijn daarbij van belang?’ Ik wil de vraag ‘wat kwalitatief goede geestelijke gezondheidszorg is tijdens de coronacrisis’ op die manier verbreden naar een ethische discussie over normen en waarden. Over welke waarden hebben we het, zijn sommige in strijd met elkaar en zo ja, welke zouden dan moeten prevaleren? Mijn stelling is dat de ene waarde in deze situatie geen voorrang heeft boven een andere, maar dat het waardenpalet moet worden uitgebreid met de waarden van het concept van positieve gezondheid.

Vaak worden ‘normen en waarden’ in één adem genoemd, zonder dat de samenhang of het onderscheid tussen beide helemaal duidelijk is. Omdat het juist in een discussie over normen en waarden van belang is de betekenis van beide begrippen duidelijk te formuleren, sta ik er hier kort bij stil. Normen zijn gebaseerd op waarden. Een norm (bijvoorbeeld: houdt 1,5 meter afstand van elkaar) is een bepaalde regel die is afgeleid van een waarde (gezondheid). Normen kunnen de achterliggende waarden bevorderen en beschermen. Andersom geformuleerd: bepaalde collectieve waarden vormen het uitgangspunt voor het opstellen van bepaalde regels of richtlijnen. Het verschil tussen normen en waarden is

dat normen richting geven aan een groep of individu door een gebod of verbod op te leggen, terwijl waarden zijn gebaseerd op zingeving: waarden zijn ‘het waard’ om in het leven na te streven als doel of als situatie, omdat ze een opvatting vertegenwoordigen die een individu of groep belangrijk vindt. Vrijheid en gelijkheid zijn voorbeelden van collectieve waarden. Waarden kunnen worden ‘uitgewerkt’ in normen, maar dat hoeft niet. De waarde ‘vriendelijkheid’ laat zich bijvoorbeeld niet zo gemakkelijk concretiseren in een richtsnoer.

Normen en waarden bepalen het beleid inzake de coronacrisis. Hierna bespreek ik eerst de normen die zijn opgesteld in reactie op de uitbraak van de ziekte in Nederland en de waarden waarop die zijn gebaseerd. Daarna ga ik in op het concept ‘positieve gezondheid’ als alternatief voor de huidige aanpak in de GGZ. Ik maak daarbij gebruik van de resultaten van drie peilingen die MIND,² de koepelorganisatie van en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid en hun naasten, de afgelopen maanden onder haar GGZ-panel heeft gehouden. Het betreft een onderzoek onder cliënten, familie en naasten naar de gevolgen van corona en de effecten ervan op het leven van de cliënten en de zorg voor hun psychische problemen.³ De peilingen vormen daarmee de empirische onderbouwing van het concept positieve gezondheid. Tot slot doe ik een aantal aanbevelingen voor de GGZ in het geval van een pandemie, zoals de coronapandemie, gebaseerd op het gedachtegoed van de positieve gezondheid en de waarden die eraan ten grondslag liggen.

1. De LCI is onderdeel van het RIVM en ontwikkelt richtlijnen voor de preventie en bestrijding van infectieziekten.

2. Zie www.wijzijn-mind.nl. Geraadpleegd op 11 september 2020.

3. Zie <https://mind-platform.nl/nieuws/mind-panel-face-to-face-behandeling-in-de-ggz-nog-niet-op-orde>. Geraadpleegd op 11 september 2020.

2. Corona-normatiek: one size fits all?

Aan het begin van de coronapandemie ontwikkelde de LCI in hoog tempo een set richtlijnen en standaarden voor de gezondheidszorg. Ze vertaalde die vervolgens in concrete maatregelen en uitvoeringspraktijken, zoals voorschriften voor de duur van de isolatie van een coronapatiënt, een handreiking voor de diagnostiek van neusverkouden kinderen en richtsnoeren voor ventilatie. Die normen volgen de redeneertrant van het klinische, biomedische denken: hoe is de ziekte ontstaan, hoe kunnen we die voorkomen en wat is daarvoor nodig? De waarden 'fysieke gezondheid' en 'veiligheid' vormen het fundament, evenals een 'economisch gedreven' waarde: de eerlijke verdeling van capaciteit (personeel, IC-bedden) en beschermingsmiddelen (medische mondkapjes) in tijden van schaarste. Voor die laatste hebben het Amsterdam UMC en het Radboud UMC een 'Leidraad voor ethische afwegingen' gepubliceerd.⁽³⁾

Ook binnen de GGZ is een coronarichtlijn ontwikkeld.⁽⁴⁾ Die is gebaseerd op de coronarichtlijnen van het RIVM, de richtlijnen en leidraden van de Federatie Medisch Specialisten en kabinetsmaatregelen. De GGZ sluit daarmee aan bij de uitgangspunten van het LCI. De GGZ-richtlijn stoelt op drie pijlers: het voorkomen van verdere verspreiding, de omgang met (mogelijk) besmette patiënten en de aanpassingen die in de zorg moeten worden doorgevoerd.

Het doel van de richtlijn 'GGZ en corona' is als volgt geformuleerd: 'Doel is dat be-

smetting met het coronavirus wordt voorkomen, daar waar besmetting aan de orde is de noodzakelijke zorg wordt verleend. In de klinische situatie is aandacht voor het voorkomen van uitbreiding op de afdeling. Daarnaast is het doel dat de psychiatrische en psychologische zorg en behandeling zoveel als mogelijk in aangepaste vorm voortgang vindt'.

Net als in de richtlijn voor de medische zorg is in die voor de GGZ een belangrijke rol weggelegd voor het voorkomen van verspreiding van het virus. De richtlijn bevat daartoe diverse maatregelen, bijvoorbeeld als het gaat om bezoek aan opgenomen patiënten, alternatieve behandelvormen (zoals beeldbellen voor patiënten in een poliklinische setting of een vrijgevestigde praktijk) en de inrichting van de wachtruimte en de spreekkamer. Als het gaat om het verantwoord inzetten van zorgpersoneel sluit de GGZ-richtlijn aan bij de eerder genoemde ethische leidraad.

Als het gaat om aanpassing van de zorg aan mensen met psychologische en psychiatrische problemen, gaat de richtlijn in op behandelingsmogelijkheden (zoals beeldbellen) en risico's die samenhangen met de kwetsbare situatie waarin de patiënt zich bevindt. Van zo'n risico is bijvoorbeeld sprake wanneer een patiënt vervroegd wordt ontslagen om het risico dat hij wordt besmet terug te dringen. In zo'n geval is het van belang dat de begeleiding en de woonomstandigheden goed zijn geregeld. De richtlijn besteedt daarom specifiek aandacht aan de thuissituatie, mantelzorg en de jeugd-GGZ. Voor cliënten met suïcidaliteit stelt de richtlijn dat het van belang is om naasten bij de zorg te

betrekken, omdat zorgverleners letterlijk op grotere afstand van de cliënten staan dan normaal.⁴

Er is een breed scala aan instrumenten ontwikkeld om de richtlijn uit te voeren. Denk daarbij aan werkkaarten met tips en handvatten, een infographic om behandelbaar en patiënt te helpen samen te beslissen hoe ze de behandeling willen voortzetten, en een checklist voor behandelaars om te bepalen of fysiek bezoek doorgang kan vinden. Ook is er een pagina met links naar instanties waar patiënten meer informatie kunnen krijgen, zoals Thuisarts en MIND.

De richtlijn getuigt van een sterke nadruk op een normatieve aanpak. De coronanormen zijn over het algemeen eenduidig als gebod of verbod geformuleerd, bijvoorbeeld: 'In de GGZ-instelling mag geen bezoek plaatsvinden om de kans op (verspreiding van) het coronavirus te minimaliseren' of 'Het dragen van een mondkapje tijdens de therapie is verplicht.' De onderliggende waarden duiden op een ethisch dilemma: 'Hoe maken we een afweging tussen het welbevinden van medewerkers van de betreffende instelling en dat van cliënten en naasten, afgezet tegen het risico op besmetting?' In het coronabeleid van de 'eerste golf' stonden in de GGZ daarmee vooral waarden – en daaruit voortvloeiende normen – centraal die betrekking hadden op fysieke gezondheid en veiligheid.

Ik ben van mening dat er meer nodig is. Het goede doen, dat wil zeggen: tijdens de coronacrisis goede geestelijke gezondheidszorg leveren, vraagt om waarden waaruit een breder begrip van gezondheid en welzijn spreekt en waarin de cliënt,

4. Zie <https://www.supranetggz.nl/nieuws/betrek-naasten-nu-meer-dan-ooit/>. Geraadpleegd op 18 augustus 2020.

familie en naasten centraal staan. Daarvoor is een integrale visie op zorg nodig waarin de betrokken partners telkens gezamenlijk een afgewogen besluit nemen, of het nu gaat over de behandeling of om vervolgstappen op het gebied van bijvoorbeeld wonen of werk. Daarmee betreden we het terrein van de positieve gezondheid.

3. Positieve gezondheid in de GGZ: een ‘waarde(n)vol’ alternatief

In de coronarichtlijn voor de GGZ is weinig tot geen aandacht voor de impact van de coronacrisis op de psychische gezondheid van de cliënt en op zijn naasten in brede zin, dat wil zeggen op hun mentale flexibiliteit en algehele kwaliteit van leven. Het concept ‘positieve gezondheid’ springt in dat gat. De grondlegger van het begrip is Machteld Huber (1951), die als huisarts en onderzoeker vond dat de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie uit 1948⁵ niet meer voldeed omdat die uitgaat van ‘volledige gezondheid’.⁽²⁾ Ze ging daarom op zoek naar een nieuwe definitie van gezondheid, die ze omschrijft als ‘het vermogen je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven’.⁶ In haar visie staat dus uitdrukkelijk *niet* de afwezigheid van ziekte of 100 procent welbevinden centraal, maar de veerkracht van mensen om goed te kunnen omgaan met datgene wat zich in hun leven aandient.

Uit de resultaten van onderzoek van Huber blijkt dat patiënten de dimensies ‘kwaliteit van leven’ en ‘zingeving’ uit het spinnen-



Het ‘spinnenweb’: de zes dimensies van positieve gezondheid van Machteld Huber.
Bron: <https://iph.nl/>

webmodel even hoog waarderen als hun fysieke of mentale toestand. Dat staat haaks op de ‘natuurlijke neiging’ van zorgprofessionals, wetenschappers en beleidsmakers om zich te richten op (het weg nemen van) de klachten van een patiënt en daarop hun behandeling te baseren.

Positieve gezondheid benadrukt het belang van de individuele waarden van degene aan wie goede zorg wordt verleend. Dat is niet hetzelfde als ‘waarde-gedreven’ zorg (*value-based healthcare*), waarin de bes-

te zorg tegen de laagste kosten centraal staat. Bij value-based healthcare wordt door middel van vragenlijsten gemeten wat ‘van waarde’ is, zodat de zorg daar op kan worden ingericht. Het idee is dat dat de zorgkosten drukt en zo de efficiëntie van de verleende zorg verhoogt. Niet de zorgkosten zijn het uitgangspunt van positieve gezondheid, dat is de leefwereld van de individuele patiënt en wat die verstaat onder kwaliteit van leven. Welke zorg hoort bij zijn of haar individuele waarden? Zo’n aanpak sluit aan bij de huidige ontwikke-

5. ‘Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken.’ Zie <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>. Geraadpleegd op 24 augustus 2020.

6. Zie <https://iph.nl/>. Geraadpleegd op 24 augustus 2020.

ling in de richting van zogeheten uitkomstgerichte zorg. Ook daarin staat de waarde van de zorg voor de patiënt centraal en is de gedachte om 'samen te beslissen' stevig verankerd, doordat de patiënt waar mogelijk de regie krijgt over zijn behandeling.⁽⁵⁾

Sommigen beschouwen 'positieve gezondheidsbeweging' als een hype en positieve gezondheid als een te breed begrip, dat op verschillende manieren kan worden uitgelegd en daardoor vatbaar is voor uitholling en 'misbruik', ook al zijn de onderliggende bedoelingen goed.⁽⁶⁾ Dat komt onder meer doordat de effectiviteit van de uitwerking van het begrip in de praktijk, dus de implementatie van het concept, moeilijk te meten is. Dat blijft inderdaad een uitdaging en behoeft nadere uitwerking.⁷ Een ander punt van kritiek is dat de nadruk ligt op gedrag, een begrip dat niet duidelijk wordt afgegrensd van het begrip gezondheid. Daardoor zou er te weinig aandacht zijn voor de aan- of afwezigheid van ziekte. Volgens Huber staat de functionaliteit van het concept echter voorop en is de wetenschappelijke benadering daarmee van ondergeschikt belang aan de praktijk.⁽⁷⁾ Hoe dan ook krijgt positieve gezondheid steeds meer voet aan de grond bij zorgprofessionals, beleidsmakers en onderzoekers.

De mensgerichte benaderwijze van positieve gezondheid is goed toepasbaar op het GGZ-domein, met name bij herstel-ondersteunend werken. Onderliggende waarden als de flexibiliteit en de autonomie van de patiënt staan in die manier van werken centraal. Het gaat er namelijk om het aanpassingsvermogen van de patiënt en de regie over zijn eigen leven te stimuleren, met als doel een betekenisvol leven te

kunnen leiden, ook al is hij of zij kwetsbaar of ziek.⁽⁷⁾

Vooralsin sinds de rijksoverheid de verantwoordelijkheid voor maatschappelijke instellingen die zich op welzijn richten (het zogeheten sociaal domein) naar de gemeenten heeft overgeheveld, kan 'positieve gezondheid' een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de GGZ. Ze kan namelijk goed worden toegepast op het niveau van gemeenten en wijken; denk bijvoorbeeld aan de langdurige zorg en begeleid wonen. Het begrip kan de GGZ praktisch en laagdrempelig laten aansluiten op het sociaal domein. Door een dergelijke 'ontschotting' kan in plaats van een behandelplan dat is gericht op symptomatisch en functioneel herstel een geïntegreerd herstelplan worden opgesteld, waarin ook ruimte is voor persoonlijke en maatschappelijke aspecten.

4. Uitkomsten van corona-GGZ-panels

Het idee van positieve gezondheid dwingt ons verder te kijken dan waarden als fysieke gezondheid en veiligheid. Maar hoe werkt het in de weerbarstige praktijk van een pandemie? Voor een antwoord op die vraag is het nuttig om de resultaten van drie peilingen te bekijken die koepelorganisatie MIND tijdens de coronacrisis onder haar achterban heeft gedaan.

MIND heeft een uitvraag gedaan onder de deelnemers aan haar GGZ-panel om inzicht te krijgen in de gevolgen van de coronacrisis voor psychisch kwetsbare mensen en hun naasten. De belangrijkste onderzoeksvragen

waren:

- ▶ Wat zijn de gevolgen voor het *dagelijks leven* van mensen?
- ▶ Wat zijn de gevolgen voor hun *psychische klachten*?
- ▶ Wat zijn de gevolgen voor de *zorg* die ze krijgen?

MIND heeft daartoe drie panelonderzoeken gedaan van 24 maart 2020 tot en met juni 2020. De peilingen hadden ongeveer 1000 respondenten, waarvan ongeveer 90 procent cliënt was en 10 procent familielid of naaste.⁸ Uit het onderzoek kwamen onder meer de volgende bevindingen naar voren:

Toename van psychische klachten

Bijna de helft van de respondenten (45 procent) van de eerste peiling ervaart veel meer psychische klachten dan voor de coronacrisis. Dat percentage is in de tweede peiling toegenomen tot 65. Deze respondenten ondervinden meer last van bijvoorbeeld angst, depressiviteit, paniek en slecht slapen. In de tweede peiling overheersen stress- en spanningsklachten. Veel respondenten (een derde van het totaal) weten niet hoe ze de komende periode moeten doorkomen. Ze verwachten vaker dan gemiddeld dat ze de komende tijd geen zorg of hulp meer krijgen, voelen zich eenzamer en ervaren minder hulp van mensen uit hun netwerk. Dat ze hun sociale contacten kwijtraken, dat hun ritme en dagelijkse structuur wegvallen en dat ze een gebrek aan beweging en buitenlucht hebben, komt bij een deel van de GGZ-cliënten extra hard aan.

7. Zie <https://iph.nl/onderzoek/gezond-meten/>. Geraadpleegd op 4 september 2020.

8. Op de eerste peiling reageerden meer dan 1000 mensen, waarvan 87 procent zelf cliënt was, 12 procent familielid of naaste en 1 procent 'overig'. Op de tweede peiling reageerden ruim 1100 respondenten, waarvan 89 procent zelf cliënt was, 10 procent familielid/naaste en 1 procent 'overig'. Aan de derde peiling namen 932 personen deel, waarvan 88 procent cliënt, 11 procent familielid/naaste en 1 procent 'overig'. Zie <https://mind-platform.nl/nieuws/mind-panel-face-to-face-behandeling-in-de-ggz-nog-niet-op-orde>. Geraadpleegd op 25 augustus 2020.

Wegvallen van zorg en dagbesteding

Door de genomen coronamaatregelen worden veel mensen met psychische problemen geconfronteerd met het wegvallen van zorg en dagbesteding. Zo geven de meeste respondenten (60 procent) in de eerste peiling aan dat hun GGZ-behandeling geheel of gedeeltelijk is weggefallen. Bij de tweede peiling is dat percentage gedaald naar 23. Cliënten laten weten dat ze vooral behoefte hebben aan maatwerk. In zowel de eerste als de tweede peiling is de dagbesteding van 80 procent van de cliënten weggefallen. Naasten vragen expliciet aandacht voor cliënten die zorg mijden en toezicht en activering nodig hebben. Doordat hun dagbesteding wegvalt, ze uit instellingen worden ontslagen en hun behandeling afneemt of wegvalt, belanden sommige cliënten in een isolement. Ook komt een groter deel van de zorg terecht op de schouders van naasten.

Druk op familie en naasten neemt toe

Drie op de vier naasten geven in de tweede peiling aan dat ze zich machteloos voelen en 86 procent maakt zich grote zorgen over het welzijn van de cliënt. In de derde peiling geeft ruim de helft van de familieleden en naasten aan zelf behoefte te hebben aan ondersteuning of hulp, variërend van een luisterend oor in hun sociale netwerk, steun van de behandelaar van hun verwanten tot professionele hulpverlening voor henzelf door een huisarts of psycholoog.

Shared decision making onvoldoende toegepast

Toen behandelaars vanwege de coronacrisis overgingen op aangepaste vormen van hulpverlening, had minder dan de helft van de cliënten daarop inspraak, zo blijkt uit de eerste peiling. Het zogeheten *shared decision making* (samen beslissen) dat ook in de richtlijn 'GGZ en corona' is opgenomen, wordt onvoldoende toegepast, zo concludeert MIND. Uit de tweede peiling komt naar voren dat de cliënten positiever zijn over de communicatie rondom de veranderingen én over de geboden zorg in gevallen waarin hulpverleners en cliënten overleggen over passende alternatieven. Dat geldt ook in gevallen waarin hulpverleners met cliënten afspreken om andere werkwijzen te proberen en te evalueren. *Shared decision making* blijkt van grote invloed op de tevredenheid van cliënten over de hulpverlening.

Toename alternatieve zorgvormen

Uit het onderzoek van MIND blijkt dat corona heeft geleid tot een sterke toename van alternatieve vormen van zorg. Vooral het gebruik van e-health, mantelzorg en contact met de huisarts zijn toegenomen. Ruim een kwart van de respondenten heeft zelf alternatieven geregeld, bijvoorbeeld door weer tijdelijk bij familie in huis te gaan wonen. Voorbeelden van alternatieven die worden genoemd zijn beeldbellen, chat- en WhatsApp-groepen, besloten groepen op Facebook, huiswerkopdrachten, zelfhulpboeken en wandelen. Zowel cliënten

als naasten vinden bijna alle alternatieve werkwijzen minder goed dan de zorg die er voorheen was. De hulpverlening in de buitenlucht, zoals een gesprek voeren tijdens een wandeling, vinden cliënten soms wel een verbetering.

Fysieke afspraak keert onvoldoende terug

Uit de derde peiling blijkt dat fysieke afspraken in de GGZ nog onvoldoende zijn teruggekeerd, ook al zijn de coronamaatregelen inmiddels versoepeld. Slechts bij iets meer dan de helft van de cliënten is de behandeling weer zoals voor de corona-uitbraak. Bij 42 procent van de respondenten vindt contact nog alleen digitaal plaats. Automatisch overgaan naar e-mental-health en/of beeldbellen blijkt niet voor alle cliënten aan de behoefte te voldoen. Beeldbellen mag in geen geval de norm worden, al was het maar omdat het effect ervan op de behandeling nog onbekend is.

Waardering voor hulpverleners

De meeste respondenten hebben veel waardering voor de hulpverleners. Meer dan de helft vindt dat die er alles aan doen om hen zo goed mogelijk te helpen.

De uitkomsten van het onderzoek onderschrijven het belang van een meer integrale visie op gezondheid en (daarmee) van een uitbreiding van het waardenpalet waarop de coronarichtlijnen in de GGZ



moeten worden gebaseerd. Vanuit het perspectief van cliënten, familie en naasten is voor goede geestelijke gezondheidszorg tijdens de coronacrisis immers meer nodig dan alleen aandacht voor de fysieke gezondheid, een eerlijke verdeling van schaarse middelen en voorkomen dat het virus zich verspreidt. Niet voor niets komt uit de peilingen duidelijk naar voren dat patiënten graag willen meedoen aan zinvolle activiteiten, (fysiek) sociale contacten willen onderhouden en met zorgverleners en naasten willen kunnen beslissen over hun behandeling.

Het volstaat mijns inziens niet om de ene waarde voorrang te geven boven de andere. De hierboven genoemde facetten zijn namelijk allemaal vertegenwoordigd in de zes dimensies uit het 'spinnenweb' van Huber. De integrale kijk op goede zorg die het concept positieve gezondheid kenmerkt, kan worden ingezet om mogelijk conflicterende waarden met elkaar te verbinden. Bijvoorbeeld: stel dat een waarde als 'keuzevrijheid' conflicteert met de waarde 'fysieke gezondheid'. Door dit ethisch dilemma aan te vliegen vanuit de dimensies 'mentaal welbevinden' en 'kwaliteit van leven', krijgt het een nieuw perspectief. Er ontstaat ruimte in het gesprek en dit brengt een oplossing dichterbij.

5. Leren van evalueren

De antwoorden van de respondenten van het MIND-onderzoek zijn een belangrijke bron van informatie. Deze informatie kan worden gebruikt bij een evaluatie van de GGZ tijdens de 'eerste golf' van het corona-

virus. Zo'n evaluatie is noodzakelijk om van te leren en op verder te bouwen. Door ervaringen uit te wisselen en daar lering uit te trekken, kunnen zorgverleners samen met cliënten, familie en naasten werken aan een betere kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg tijdens een volgende 'golf' van het coronavirus of een andere pandemie van vergelijkbare proporties. Die uitwisseling van ervaringen kan zowel binnen als tussen instellingen plaatsvinden.

Om verder leed onder cliënten te voorkomen is het noodzakelijk dat de GGZ tijdens een pandemie doorgang kan vinden op een manier die alle mensen bereikt die zorg nodig hebben. Toegankelijkheid en een rechtvaardige verdeling van de zorg zijn leidende waarden. De nadruk moet in tijden van corona niet alleen liggen op het voorkomen van verdere verspreiding van het virus, maar ook op de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van cliënten in de GGZ, hun familie en hun naasten.

Ik pleit er dan ook voor om de aanbevelingen die voortkomen uit de evaluatie van de GGZ tijdens de 'eerste golf' te verbinden met het gedachtengoed van de positieve gezondheid en zo een nieuwe visie op goede geestelijke gezondheidszorg te ontwikkelen die past bij de situatie waarmee we op dit moment te maken hebben. Dat betekent dat de overheid het voortouw moet nemen om zich samen met de betrokken partijen hard te maken voor de volgende punten:⁹

- ▶ Benadruk de mentale veerkracht en het aanpassingsvermogen van cliënten, familie en naasten in de GGZ. Organiseer ruimte voor persoonlijk contact en

communiceer duidelijk over wat nog wél kan en mag, (juist) ook op het gebied van sport, dagbesteding en andere activiteiten waarin het informele netwerk van de betrokkenen een rol speelt. Door waarden als actief 'onder de mensen' zijn en keuzevrijheid centraal te zetten, worden de dimensies 'zingeving' en 'participatie' uit het spinnenweb van Huber ondersteund.

- ▶ Bied cliënten, familie en naasten de mogelijkheid om zo veel mogelijk zelf de regie te behouden over de behandeling, waarbij de zorgvraag en het zorgaanbod in balans dienen te zijn. 'Samen beslissen' (voortvloeiend uit waarden als (keuze-) vrijheid en gelijkheid) is daarbij belangrijk, zeker als het gaat om de keuze tussen 'fysieke' of 'digitale' behandeling.
- ▶ Betrek cliënten- en familieraden in de besluitvorming, bijvoorbeeld bij beslissingen over bezoeksregelingen in GGZ-instellingen. De waarde 'samenwerking' staat hier centraal. Uit de peilingen van MIND kwam naar voren dat de psychische klachten van mensen die in een instelling verblijven tijdens de coronacrisis het sterkst zijn toegenomen. Daarom is een minimum aan bezoek tijdens een crisis van een dergelijke omvang gewenst.
- ▶ Faciliteer herstel- en zelfregiecentra voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Zulke centra, vaak geleid door ervaringsdeskundigen, bieden laagdrempelige hulp bij persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen en bouwen voort op waarden als

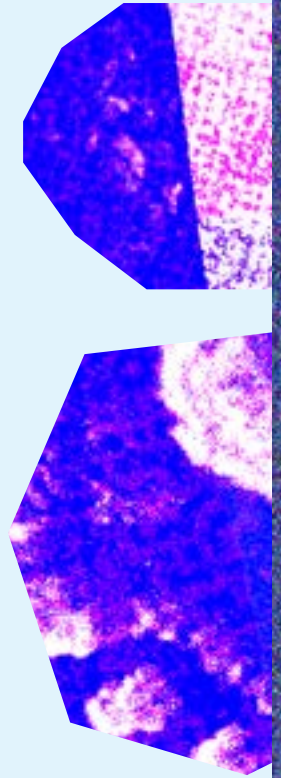
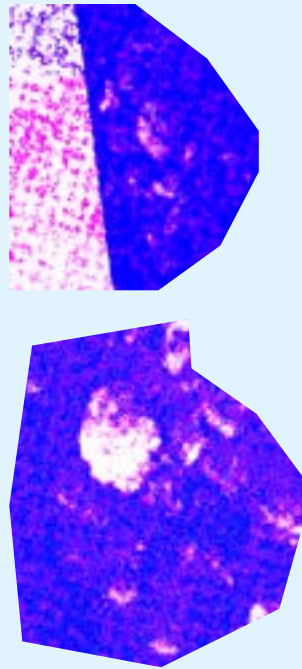
9. Deze aanbevelingen zijn mede gebaseerd op een brief van MIND aan het ministerie van VWS d.d. 24 augustus 2020, met als bijlage de notitie 'Lessen uit coronatijd' d.d. 21 augustus 2020. Een actueel overzicht van de resultaten van het coronaonderzoek van MIND is te vinden op <https://mindplatform.nl/nieuws/corona-onderzoek-mind-nieuwe-uitvraag-en-alle-resultaten-tot-nu-toe>. Laatst geraadpleegd op 17 oktober 2020.

zelfredzaamheid en zelfontplooiing. De dimensies 'dagelijks functioneren' en 'meedoen' uit het spinnenweb van Huber komen hierbij om de hoek kijken. De centra zijn op lokaal en regionaal niveau een gesprekspartner van gemeenten, zorgaanbieders en verzekeraars. Ze kunnen daardoor bij uitstek een bijdrage leveren aan de eerder genoemde 'ontschotting' tussen GGZ en maatschappelijke organisaties. Samen met de gemeente waar ze gevestigd zijn, kunnen ze bespreken hoe ze tijdens een volgende crisis toegankelijk en inzetbaar blijven voor kwetsbare burgers.

Simone Melis is beleidsadviseur bij *MIND Landelijk Platform voor Psychische Gezondheid*. *MIND* is de koepel van cliënten- en familie-organisaties in de GGZ.

6. Het goede gesprek

Inmiddels is de 'tweede coronagolf' een feit. Het is nu zaak om ruimte te geven aan het gesprek over de ethische vraag wat goede zorg onder de huidige omstandigheden betekent voor mensen met psychische klachten en welke waarden daarvoor het uitgangspunt vormen. Dat is een gesprek over mogelijk uiteenlopende belangen. Het vraagt van alle partijen – cliënten, familie en naasten, beleidsmakers en zorgprofessionals – dat ze open en oprecht naar elkaar luisteren om vervolgens de verdere samenwerking vorm te kunnen geven. De overheid kan daarin een actieve rol spelen. Een dergelijke aanpak lijkt mij de beste voedingsbodem om te komen tot een gezamenlijke, brede en vooral 'waarden-volle' visie op goede geestelijke gezondheidszorg in tijden van corona.



Referenties

- (1) AKWA GGZ (2020). *De richtlijn GGZ en corona*. Geraadpleegd via: <https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/ggz-en-corona-richtlijn/info/status>.
- (2) Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food (Proefschrift)*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- (3) Ethiek support groepen Amsterdam UMC en Radboud UMC (2020). *Goede en veilige zorg bij schaarste aan beschermingsmateriaal. Een leidraad voor ethische afwegingen*. Geraadpleegd via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/e82532680b9ae28f358127fd64aade69.pdf.
- (4) AKWA GGZ (2020). *De richtlijn GGZ en corona*. Geraadpleegd via: <https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/ggz-en-corona-richtlijn/info/status>.
- (5) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Ontwikkeling Uitkomstgerichte zorg 2018-2022*. Den Haag: Ministerie van VWS. Geraadpleegd via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/documenten/rapporten/2018/07/02/ontwikkeling-uitkomstgerichte-zorg-2018-2022>.
- (6) Staa, A. van, M. Cardol en A. van Dam (2017). 'Positieve gezondheid kritisch beschouwd, Niet nieuw, onduidelijk, misleidend en niet zonder risico.' In *TPP* (4), p. 33-40. Geraadpleegd via: <https://www.hogeschoolrotterdam.nl/onderzoek/projecten-en-publicaties/pub/positieve-gezondheid-kritisch-beschouwd/a984b2f6-d19c-45b9-b9d1-0797342651eb/>.
- (7) Esveld, E. van (2020). 'Positieve gezondheid in de Ggz.' *Nurse Academy GGZ*, nr. 2, p. 42-47.

