

Reactie op 'Het einde van een sectorale ggz'

De organisatie van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (ggz) is op orde, schrijven Hutschemaekers en Tiemens (2006) in de eerste zin van hun essay, met als literatuurreferentie (onder meer) Van Hezewijk 1995 en 1999. Dit is niet alleen (te) veel eer, maar ook (nogal) suggestief: uiteraard is en zal de ggz nooit op orde zijn.

Hun essay heeft als ondertitel: 'Ontwikkelingen, trends en controverses in Nederland'. Op het gevaar af om (op de zevende van de tien pagina's van het essay) tussen de managers van de grote ggz-instellingen verzeild te raken bij wie 'naast teleurstelling en verbittering er ook grote zorg is ...' lijkt nuancering toch wel wenselijk. Temeer omdat in dezelfde alinea het oordeel van de verschillende beroepsverenigingen over het advies *Zorg van Velen* van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, als 'positiever' gekenschetst wordt. De instemming van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie kwam echter zonder ledenraadpleging tot stand. Nuancering wordt al aangegeven in het op het artikel volgend commentaar 'Hun zorg is onze zorg' van Witte en Hodiament (2006). Ik deel dit commentaar volledig, maar wil toch nog een enkele kanttekening plaatsen ter ondersteuning van hun conclusie dat de stellingname van Hutschemaekers en Tiemens grotendeels gedateerd is en daarmee ook het advies van de Landelijke Commissie.

De uiterste consequentie zou volgens de commissie (die het rapport *Zorg van Velen* uitbracht) de ontmanteling van de grote ggz-instellingen zijn, omdat een deel van de taken (en de bijbehorende formatie) overgebracht zou moeten worden naar de generalistische eerste lijn en een deel naar de specialistische somatische gezondheidszorg. Witte en Hodiament laten al weten dat tegenwoordig het marktprincipe geldt. Het zou mijns inziens óók het omgekeerde kunnen betekenen, namelijk dat een deel van de taken van de eerste lijn en een

deel van de tweedelijns somatische gezondheidszorg overgebracht worden naar de geïntegreerde ggz-instellingen, om bijvoorbeeld continuïteit van zorg te bewerkstelligen, als de klanten dat wensen. Kortom, met Witte en Hodiament ben ook ik van mening, dat de ingezette ontwikkeling naar marktwerking de ggz-organisaties in een nieuwe verhouding plaatst ten opzichte van de eerste en tweede lijn van de algemene gezondheidszorg.

Hoe gedateerd de stellingname van Hutschemaekers en Tiemens is, zou al kunnen blijken uit de in februari door de Tweede Kamer tot tweemaal toe gevraagde integrale beleidsvisie over de ggz. Binnenkort kan duidelijk worden of met het door de minister in 2003 overgenomen advies *Zorg van Velen* inderdaad, zoals Hutschemaekers en Tiemens beweren, een eind is gekomen aan dertig jaar beleid, dat was gericht op meer samenhang in de ggz. In de *Beleidsvisie GGZ 1999* werd door de toenmalige minister nog het tegenovergestelde gestimuleerd. Wat zal een nieuwe minister in 2007 voor standpunt innemen na de kabinetsformatie?

Op de historische analyse van de Nederlandse ggz sinds 1970 en de interpretatie van kengetallen en beleidskeuzes valt ook wel wat af te dingen. Vergeten lijkt te zijn, dat de commissie intern zeer verdeeld was, gezien het uitstappen van leden (waaronder de voorzitter) en een separate minderheidsrapportage.

De continuïteit van zorg (*continuity of care*) is als beleidsnotie naast samenhang van voorzieningen (*comprehensiveness*) vanuit de Amerikaanse *Kennedy Act* uit 1963 terechtgekomen in de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* uit 1984, waarna door het nooit helemaal uitgevoerde *Plan Simons* de ggz naar de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) is overgeheveld, wat nu na twintig jaar ten dele teruggedraaid wordt.

Ggz-instellingen, die geïntegreerde zorg aanbieden, moeten nu belangrijke keuzes maken, ze moeten zich onderscheiden. Continuïteit van zorg komt opnieuw onder druk te staan. De continuïteit van de zorg werd overigens niet pas problematisch door de dubbele vernieuwingsbeweging –

RIAGG (Regionale Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg) en APZ (algemeen psychiatrisch ziekenhuis) – zoals Hutschemaekers en Tiemens beweren, men werd het zich toen bewust dat er een probleem was.

De cruciale vraag is hoe binnen de marktwerking de verworvenheden van continuïteit van zorg en samenhang van voorzieningen gehandhaafd blijven. De ‘oplossing’ na het advies *Zorg van Velen* in 2002 is ontmanteling van de geïntegreerde ggz-instellingen. Daarmee wordt het kind met het badwater weggegooid.

De trendbreuk, verondersteld door de (overgebleven) leden van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, is waarschijnlijk, door de discrepanties tussen analyse en aanbevelingen, niet meer dan een voetnoot in een turbulente tijd. De effecten van de marktwerking zullen daarentegen een veel grotere impact hebben.

De continuïteit van zorg ligt nu pas echt onder vuur – het vuur van de marktwerking zonder deugdelijke risico-verevening voor chronische psychiatrische patiënten. De vraag is niet alleen hoe de geïntegreerde ggz-instellingen (die de continuïteit van zorg het hoogst in het vaandel hebben van de huidige zorgaanbieders) de handschoen opnemen, maar ook hoe anderen (overige aanbieders, zorgverzekeraars, zorgvragers, overheden, aanpalende voorzieningen) zich de zorg voor continuïteit zullen aantrekken.

Waarlijk een *Zorg van en voor Velen!*

LITERATUUR

- Hezewijk, W.J.M. van. (1995). Fusie algemeen psychiatrisch ziekenhuis en Riagg: een Tilburgs experiment. *Medisch Contact*, 50, 389-390.
- Hezewijk, W.J.M. van. (1999). Over de herintegratie van klinische en sociale psychiatrie. *Twee transmuraliseringsprojecten*. Proefschrift. Tilburg: KUB.
- Hutschemaekers, G.J.M., & Tiemens, B.G. (2006). Het einde van een sectorale ggz. *Ontwikkelingen, trends en controverses in Nederland*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 27-27.

Witte, C.J., & Hodiament, P.P.G. (2006). Hun zorg is onze zorg. Commentaar op Hutschemaekers & Tiemens. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 39-41.

W.J.M. VAN HEZEWIJK

Reactie op ‘Wat is een waan’

Graag wil ik reageren op bovengenoemd artikel van collega Van der Zwaard (2006). Het behelst onder meer kritiek op het categoriale aspect van het waanconcept in de DSM-classificatie, waaraan de definitie van Jaspers ten grondslag ligt. Bij het fraaie betoog van Van der Zwaard wil ik twee (historische) kanttekeningen plaatsen.

In de eerste plaats is in de Nederlandse literatuur al eerder kritiek op het waanconcept te vinden. Kraus (1968) wijst op de vaagheid van de gangbare definities en stelt bovendien: ‘de grenzen tussen waandenkbeelden en normale, niet ziekelijke overtuigingen zijn uitermate moeilijk en in sommige gevallen in het geheel niet met zekerheid te trekken’. Giel (1982) geeft een definitie waarin we een aantal van de door Van der Zwaard voorgestelde criteria herkennen: ‘het is een zeer eigen overtuiging die hij met niemand deelt, die door niets in zijn omgeving dat op het tegendeel wijst is te corrigeren, waarin hij op irreële wijze de hoofdrol speelt en die hem op den duur zo gaat bezighouden dat hij er zijn leven naar gaat inrichten’. De laatste formulering lijkt mij meer passend dan het criterium: ‘de betrokkene toont zich emotioneel verbonden met de overtuiging.’ In dit verband zou ik aan het vierde voorgestelde criterium: ‘de betrokkene doet geen moeite de overtuiging te onderzoeken, te ontcrachten of zich ertegen te verzetten’ willen toevoegen dat: ‘een patiënt zich ook hevig kan verzetten tegen pogingen om zijn overtuiging te ondermijnen door nog extra ‘bewijzen’ aan te voeren.’

Een tweede opmerking betreft de term ‘randpsychotisch’. Hengeveld & Schudel (2003) definiëren deze als: ‘symptomen die nog net niet of net over de rand van de psychose zijn en die vooral op-

treden bij het ontstaan van een psychose'. Ik vind dat een ongelukkige omschrijving. De term 'prepsychotisch' verdient mijn inziens de voorkeur omdat de fenomenen meestal vooraf (kunnen) gaan aan een psychose. Bovendien houden we dan de term postpsychotisch over om fenomenen bij het verbleken te kunnen karakteriseren. Historisch gezien is de terminologie ook onjuist. Van der Horst (1946) wijdde het tweede deel van zijn *Anthropologische psychiatrie* in het geheel aan de randpsychosen. Hij verstond daaronder psychosen in de 'grenszone der schizofrenie'. Door deze psychosen te beschrijven probeerde hij ook de 'kern van de schizofrenie' beter te schetsen. Onder de randpsychosen viel een heel scala: involutiepsychosen, degeneratiepsychosen, debiliteitspsychosen en psychogene psychosen – om de voornaamste te noemen.

Met mijn opmerkingen wil ik tevens illustreren dat men in de oudere literatuur conceptuele inzichten kan aantreffen die te gebruiken zijn bij een kritische analyse van een categoriaal systeem als de DSM-classificatie.

LITERATUUR

- Giel, R. (1982). *Waarom een psychiatrische diagnose?* Alphen aan den Rijn/Brussel: Stafleu.
- Hengeveld, M.W., & Schudel, W.J. (2003). *Het psychiatrisch onderzoek*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Horst, L. van der. (1946). *Anthropologische psychiatrie*. Amsterdam: Van Holkema & Warendorf.
- Kraus, G. (1968). *Leerboek der psychiatrie*. Leiden: H.E. Stenvert Kroese.
- Zwaard, R. van der. (2006). Wat is een waan? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 453-459.

J. WILSCHUT, psychiater Meerkanten GGZ

ANTWOORD aan Wilschut

Ik ben collega Wilschut erkentelijk voor zijn reactie. Het is zeker waar dat het wezen van de waan al lang in het Nederlandse domein bediscussieerd wordt. Ik noemde in mijn artikel al Rümke (1953), die schreef over de intrinsieke kenmerken van het concept naar aanleiding van zijn voordracht op het eerste World Congress of Psychiatry. Ik wil in dat verband ook aan de *Hoofdsom der Psychiatrie* van Kuiper (1973) en aan het *Handboek Psychopathologie* (Vandereycken e.a. 1990) refereren, waarin vanaf de eerste drukken uitvoerig wordt stilgestaan bij de definitie van de waan en de (on)mogelijkheid deze goed af te grenzen van andere fenomenen. Het citaat van Giel (1982) ('[...] overtuiging [...] waarin hij op irrealistische wijze de hoofdrol speelt en die hem op den duur zo gaat bezighouden dat hij er zijn leven naar gaat inrichten') vind ik fraai. Het illustreert de emotionele verbondenheid waar ik op doelde. De opmerking van collega Wilschut dat een patiënt zich verzet tegen pogingen zijn overtuiging te ondermijnen door extra bewijzen aan te voeren, is in mijn artikel ook met zoveel woorden terug te vinden: 'de patiënt laat zijn overtuigingen niet falsificeren en vlucht bij dreigend bewijs van het tegendeel in meer gecompliceerde denkbeelden of legt de feiten naast zich neer'. Dáárom zijn wanen als 'afgeschermdes overtuigingen' te beschouwen (Van der Zwaard 2006).

De opmerkingen die de term 'randpsychotisch' betreffen deel ik niet. Over de historie van het begrip schreef ik in navolging van Hengeveld (2004) al korthedshalve dat het begrip randpsychose vroeger ook voor degeneratiepsychosen gebruikt werd. De uitgebreidere beschrijving die collega Wilschut hiervan geeft is correct, maar de term randpsychose wordt volgens mij terecht niet meer gebruikt voor psychosen in een zogenaamde 'grenszone der schizofrenie'. Taalkundig en fenomenologisch vind ik het huidige gebruik van de term randpsychotisch (symptomen net niet of net over de rand van gestoorde realiteitstoetsing) juist – dan prepsychotisch; gelukkig geworden de symptomen niet altijd tot een psychose. De term

‘postpsychotisch’ voor afnemende symptomen is mij onbekend. De aanduiding ‘verblekende waan’ laat in die gevallen aan duidelijkheid niets te wensen over. De term ‘postpsychotisch’ zou gereserveerd moeten blijven voor symptomen die na het verdwijnen van een psychose op kunnen treden, zoals postpsychotische rouw of depressie.

LITERATUUR

- Giel, R. (1982). *Waarom een psychiatrische diagnose?* Alphen aan den Rijn/Brussel: Stafleu.
- Hengeveld, M.W. (2004). *Psychiater taal*. Amsterdam: Benecke N.I.
- Kuiper, P.C. (1973). *Hoofdsom der Psychiatrie* (1ste druk). Utrecht: Erven J. Bijleveld.
- Rümke, H.C. (1953). De betekenis van de phaenomenologie voor de kliniek van lijdens aan waanvormende ziekten. In *Nieuwe studies en voordrachten over psychiatrie* (pp. 3-42). Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.G. (Red.). (1990). *Handboek Psychopathologie* (1ste druk). Houten: Van Loghum Slaterus.
- Zwaard, R. van der. (2006). Wat is een waan? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 453-459.

R. VAN DER ZWAARD