

Redactioneel

Organisatie van de psychiatrische zorg: deconcentratie niet altijd het beste

Twee belangrijke doelstellingen van het overheidsbeleid zoals weergegeven in de nota 'Nieuwe geestelijke gezondheidszorg' (1984) en bevestigd in de nota 'Onder Anderen' zijn de ontwikkeling van kleinschalige voorzieningen (MFE's) enerzijds en circuitvorming anderzijds. De kleinschalige eenheden moeten niet meer zoals voorheen gebruikelijk ver weg in de bossen zijn gesitueerd, maar dicht bij de burger in stad en dorp (deconcentratie). Circuitvorming heeft ten doel meer samenhang te creëren tussen de diverse organisaties die zich bezighouden met de psychiatrische hulpverlening, zoals RIAGG, APZ of RIBW. Het gaat daarbij om circuits die georganiseerd zijn op grond van de zorg voor verschillende leeftijdsgroepen: kinderen en jeugd, volwassenen, en ouderen (en deels op grond van een specifieke zorgvraag: o.a. verslaafden en verstandelijk gehandicapten). Hoe de MFE- en de circuitontwikkeling zich precies tot elkaar moeten verhouden, wordt echter niet expliciet uitgesproken, zij het dat de MFE-functies in de nota 'Onder Anderen' slechts werden beschreven bij het circuit voor kortdurende zorg voor volwassenen. Nu stak de beschrijving van het ouderencircuit zo schril af bij de beschrijving van de andere circuits met betrekking tot de wenselijke en noodzakelijke functies voor ouderen, dat op grond daarvan eigenlijk geen conclusies over de gewenste vormgeving waren te trekken (Heeren 1993).

Inmiddels zijn we een aantal jaren verder. MFE's kwamen tot ontwikkeling en circuitvorming werd een belangrijk onderdeel van regionaal GGZ-beleid. De grotere kennis over psychiatrische ziekten bij ouderen en meer inzicht in de hulpvraag van ouderen (De Beer en Hutschemaekers 1996) gaven meer duidelijkheid over de benodigde functies in het GGZ-circuit voor ouderen. Naast de al langer bestaande ouderenafdelingen bij de RIAGG's bleken in 1996 inmiddels vrijwel alle APZ'en te beschikken over een aparte opnameafdeling

voor ouderen, waar naast crisisinterventie kortdurende diagnostiek en behandeling plaatsvonden. Ook kwamen opnamevervangende en andere vormen van deeltijdbehandeling voor ouderen op steeds meer plaatsen tot ontwikkeling, met daaraan gepaard de noodzakelijke differentiatie en specialisatie van het aanbod (van geheugensprekuren tot seksespecifieke behandeling van depressie). Kortom, het ouderencircuit ontwikkelde zich voorspoedig. Maar kwam er ook deconcentratie? Ja en nee. Deconcentratie zonder verlies van differentiatie en kwaliteit is slechts mogelijk wanneer er een redelijke schaalgrootte blijft waarop de functies kunnen worden aangeboden. Dit betekent dat een verantwoordelijkheidsgebied dat voor een MFE groot genoeg is om doelmatig te functioneren, voor het ouderencircuit een te kleine schaal heeft om eenzelfde gedifferentieerd aanbod te waarborgen. Immers, alhoewel het aantal ouderen absoluut en relatief sterk groeit, zullen zij toch nooit meer dan ca. 20% uitmaken van de populatie in een bepaald gebied.

Uit een inventarisatie in 1996 bleek dan ook dat binnen het ouderencircuit eerder sprake was van bundeling (concentratie) van capaciteit en deskundigheid dan van deconcentratie (Pollmann 1996). Dat wil overigens niet zeggen dat daarmee het oude model van een grootschalig instituut ver weg van de maatschappij werd gehandhaafd. Integendeel, op verschillende wijze werd, afhankelijk van de regionale situatie, gezocht naar een betere aansluiting op de vraag van ouderen naar psychiatrische hulp. In een aantal gevallen leidde dit tot de oprichting van een MFE voor ouderen, echter met een groter verantwoordelijkheidsgebied dan de 'reguliere' MFE; in andere gevallen werd aansluiting gezocht bij het algemeen ziekenhuis, een belangrijke partner naast het verzorgings- en verpleeghuis in het GGZ-circuit voor ouderen. De concentratie van capaciteit en deskundigheid maakt het mogelijk ook voor ouderen passende psychiatrische zorg te verlenen: in veel gevallen bij de oudere thuis (ambulante basiszorg), indien nodig voor specialistische vragen in een regionaal centrum.

Helaas wreekt zich nu in een aantal regio's de onduidelijkheid over de verhouding 'reguliere' MFE tot de verschillende zorgcircuits. De maat voor het volwassenencircuit wordt ook de maat voor het ouderencircuit: goedlopende zorgeenheden voor ouderen dreigen te worden versplinterd over de MFE's in het gebied, en de opgebouwde deskundigheid in een gedifferentieerd aanbod gaat verloren. Het valt te hopen dat in de betreffende regio's nog eens een goede kosten-batenanalyse wordt gemaakt, want anders is de zorg weliswaar dichterbij, maar de oudere patiënt verder van huis!

Literatuur

Beer, M. de, en G. Hutschemaekers (1996), *Vraag en aanbod in de RIAGG-ouderenzorg*. NcGv, Utrecht.

Heeren, T.J. (1993), Redactioneel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 499-500.

Pollmann, M. (1996), *Kortdurende ouderenspsychiatrie: nu en in de toekomst*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (stageverslag), Rijswijk.

T.J. Heeren