

Hun zorg is onze zorg

Commentaar op Hutschemaekers & Tiemens

C.J. WITTE, P.P.G. HODIAMONT

Het artikel *Het einde van een sectorale ggz. Ontwikkelingen, trends en controverses* van Hutschemaekers & Tiemens (2005) lijkt een variatie met *crescendo's* en *diminuendo's* op het thema van het geruchtmakende rapport *Zorg van Velen* (Duyvendak e.a. 2002). Een opmerkelijke passage is die waarin de ggz, meer dan in *Zorg van Velen*, verantwoordelijk wordt gesteld voor de toename van de hulpvraag in de tweede lijn: waar de ggz zich had moeten beperken in haar doelstellingen en zich had moeten onderscheiden van andere zorgaanbieders in nulde en eerste lijn, heeft zij niet alleen 'stilzwijgend haar zorgaanbod uitgebreid', maar bovendien 'de zorg voor mensen met een psychische stoornis gehomogeniseerd door versterking van het psychiatrisch specialistisch regime'. Dat de ggz aansluiting moet zoeken bij de algemene gezondheidszorg klinkt anderzijds minder streng dan de aanvankelijk geponeerde overheveling van ggz-functies.

Om dit soort beleidsondersteunende rapporten, artikelen en controverses op waarde te kunnen schatten, dient men zich rekenschap te geven van de doorgaans impliciete modellen die de auteurs hanteren. In het kader van onderzoek naar de maatschappelijke consequenties van psychiatrische stoornissen hebben Ziebland e.a. (1993) gewezen op het belang van deze 'tacit models'. Zij onderscheiden het vergelijkingsmodel, het functionele model (of expertmodel), het subjectievestressmodel en het afhankelijkheidsmodel. In het vergelijkingsmodel wordt een groep vergeleken met een andere groep – synchroon – of met zichzelf in de loop van de tijd – diachroon. Het functionele model stelt de professionele identiteit van de medi-

sche expert centraal. In het subjectievestressmodel ligt de nadruk op de problemen die de patiënt ervaart en in het afhankelijkheidsmodel op de behoefte van patiënten aan hulp van anderen. De Jong (1999) merkt in dit verband het volgende op: 'Er zijn veel groepen belanghebbenden, elk met hun eigen mening over de manier waarop de geestelijke gezondheidszorg zou moeten reageren: hulpverleners, familieleden, financiers, managers, politici, maar ook krantenlezers en andere nieuwsgierigen. Sommige van die ideeën zijn te herkennen in de 'verzwegen modellen' van Ziebland en medeauteurs.'

Als we het bovenstaande artikel in dat licht beschouwen, blijken de auteurs elementen te combineren van al deze modellen, hoewel ze de uitgangspunten daarvan niet noodzakelijkerwijs omhelzen. Integendeel, zij pleiten juist voor terugdringing van het expertmodel. Dat verklaart de 'teleurstelling en verbittering' in de reacties op *Zorg van Velen* van in het bijzonder ggz-bestuurders. De redenering van Hutschemaekers & Tiemens komt in het kort op het volgende neer: Dat de vraag naar officiële geestelijke gezondheidszorg is toegenomen heeft niet zozeer te maken met een geobjectiverde toename van de psychiatrische stoornissen, maar eerder met een toename van de professionalisering, medicalisering en psychiatrisering van die zorg (professioneleafhankelijkheidsmodel). Het antwoord ligt dan ook voor de hand: door deprofessionalisering, demedicalisering en depsychiatrisering zullen mensen minder snel geneigd zijn het 'hogerop' te zoeken voor hulp bij hun psychische problematiek en hun heil meer zoeken in zelfzorg, mantelzorg en eerstelijns zorg.

Impliciet in deze redenering lijkt de aanname dat veel van de gepresenteerde problemen in de ggz eigenlijk psychosociale of levensproblemen zijn (subjectievestressmodel), die evengoed onafhankelijk van of met een minimum aan professionele hulp opgelost kunnen worden. Nog los van de vraag of de geobjectiveerde psychiatrische problematiek inderdaad is toegenomen (in de regio Nijmegen steeg de prevalentie van deze problematiek, gemeten met *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry-Present State Examination (SCAN-PSE)*-10, tussen 1983 en 1997 met ongeveer 50%) zijn er alternatieven voor beheersing van de zorgconsumptie, alternatieven die de auteurs niet in hun analyse betrekken. Hutschemaekers heeft naam gemaakt als historisch psycholoog en de bovengeschetste stellingname is dan ook gebaseerd op een historische beschouwing van de ontwikkeling in de ggz (het diachrone vergelijkingsmodel). Wat ontbreekt aan deze historische analyse is de relatie met actuele ontwikkelingen in de organisatie van de ggz. Daarin staan op dit moment centraal de overhevelingoperatie dan wel de introductie van het marktprincipe.

Per 1 januari 2007 zal alle (op genezing gerichte) ambulante en klinische zorg met een duur van maximaal 1 jaar naar het 2de compartiment (de zorgverzekeringswet) worden overgeheveld, vooropgesteld dat de DBC's (diagnosebehandelingcombinaties) een jaar eerder zijn ingevoerd. De klinische zorg die langer duurt dan 1 jaar blijft (voorlopig?) in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Wanneer en hoe de overheveling naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) wordt gerealiseerd van dagbesteding, werkprojecten en eventueel begeleidingstaken is nog onduidelijk.

Vanuit de gedachte dat het principe van de markt onverminderd opgaat voor de curatieve ggz wil de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vraagsturing en doelmatigheidswinst bevorderen en kostengroei beperken door marktwerking te introduceren in het zorgverzekeringsstelsel. Uitgezonderd worden complexe zorgsectoren als de forensische psychiatrie, de KIB's (Kliniek In-

tensieve Behandeling) en de psychiatrie voor de doven. De door Hutschemaekers en Tiemens gewenste afgrenzing tussen de 1ste en 2de lijn zal plaatsvinden in de markt van spreekkamerbehandelingen (die circa 70% uitmaken van de verwijzingen door de huisarts naar de ggz). Deze markt kent een heterogeen aanbod. Naast vrijgevestigde psychiaters en psychologen bestaan er zelfstandige RIAGGs, PAAZ-en en poliklinieken van geïntegreerde ggz-instellingen. Als zij de vraag van patiënten en verwijzers serieus nemen, moeten zorgaanbieders wel transparant worden wat betreft de kwaliteit en de resultaten van de geleverde zorg. Op grond daarvan zullen de zorgverzekeraars 'preferred providers' selecteren om zodoende niet alleen de keuze van de zorgaanbieder door de patiënt maar ook de prijs van de behandeling en daarmee de poliskosten te kunnen beïnvloeden. Overigens hopen wij dat overheveling en marktwerking niet zullen leiden tot fragmentatie van het zorgaanbod voor patiënten die gebruikmaken van zowel ambulante (van spreekkamer tot casemanagement) als klinische voorzieningen en 'cure-in-care-vragen'.

Inmiddels hebben zich ingrijpende wijzigingen voorgedaan in de eerste lijn. De huisarts als gezins/levenslooparts is aan het verdwijnen. Huisartsenposten, HOEDEN (huisartsen onder één dak), gedeelde eerstehulp posten tussen huisartsen en ziekenhuizen zijn daar voorbeelden van. Door deze ontwikkelingen in de generalistische eerste lijn zal de vraag naar specialistische tweedelijns zorg (ggz) mogelijk stijgen. Bovendien verlangen de patiënten zelf, net als in de somatische zorg, in toenemende mate verwijzing naar de tweede lijn. Maar niet alleen in de eerste lijn vinden veranderingen plaats. De geïntegreerde instellingen bejiveren zich voor de implementatie van zorgprogramma's met betrekking tot stemmings- en angststoornissen (het merendeel van de ambulante verwijzingen), persoonlijkheidsstoornissen en psychotische stoornissen. Deze zorgprogramma's vertonen een modulaire opbouw met een multidisciplinaire werkwijze, waarbij vaak gebruik wordt gemaakt van cognitieve psychotherapie en zo nodig aanvullende vormen van psycho-

therapie. Het zorgprogramma voor stemmings- en angststoornissen kent een 'stepped-care-benadering'. Dat het stepped-care-model werkt lijkt aannemelijk. Uit gegevens, beschikbaar gesteld door GGZ Nederland (Heijnen & Faber 2005), blijkt dat bij de grote geïntegreerde instellingen 40% van het totale aantal patiënten in de zorg na maximaal 5 ambulante contacten wordt terugverwezen naar de huisarts. In deze actuele ontwikkeling is het door Hutschemaekers en Tiemens gemaakte onderscheid tussen het RIAGG-model, het APZ-model en het PAAZ-model niet meer herkenbaar. Hun pleidooi voor (op vele plaatsen reeds gerealiseerde) aansluiting bij algemene ziekenhuizen van dat deel van de ggz waarin ook somatische zorg aan de orde is, ondersteunen wij van harte.

Samenvattend zijn wij van mening dat de ingezette ontwikkeling naar marktwerking de ggz-organisaties in een nieuwe verhouding plaatst ten opzichte van de eerste en tweede lijn en de algemene gezondheidszorg. De stellingname van Hutschemaekers en Tiemens is daardoor grotendeels gedateerd.

LITERATUUR

- Duyvendak, J., Hutschemaekers, G., van Londen, J., e.a. (2002). *Zorg van velen*. Eindrapport Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- Heijnen, H., & Faber, E. (2005). *Prestaties tellen in de GGZ 2002-2003*. Amersfoort: GGZ Nederland
- Hutschemaekers, G.J.M., & B.G. Tiemens. (2005). Het einde van een sectorale ggz. Ontwikkelingen, trends en controverses in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 27-37.
- Jong, A. de. (1999). Onderzoek naar alledaagse maatschappelijke gevolgen van psychiatrische ziekten. In A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel e.a. (Red.), *Handboek psychiatrische epidemiologie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Ziebland, S., Fitzpatrick, R., & Jenkinson, C. (1993). Tacit models of disability underlying health status instruments. *Social Science & Medicine*, 37, 69-75.

AUTEURS

C. J. WITTE is psychiater en voorzitter van de raad van bestuur Rivierduinen.

P.P.G. HODIAMONT is zenuwarts-psychotherapeut en als hoogleraar verbonden aan de Universiteit van Tilburg.

Correspondentieadres: C.J. Witte, Postbus 405, 2300 AK Leiden.

E-mail: c.witte@rivierduinen.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-6-2005.