

Reactie op 'Reorganisatie van de Belgische ggz; betere zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening?'

Ik begon aanvankelijk met nieuwsgierigheid aan het artikel van Van Hecke e.a. (2011), want de auteurs leken inhoudelijk met doelstellingen, methodes en conclusies binnen het format van een artikel te willen scoren. Maar meer en meer kreeg ik naar mijn mening te maken met een opiniestuk. Vanwaar deze kritische bedenkingen over een operatie waarbij een klein aantal bedden afgebouwd wordt om een gevarieerder aanpak van de ernstige, psychiatrische, chronische problemen mogelijk te maken die nu vooral door de instellingsvoorzieningen worden verzorgd?

De teneur van het artikel is conservatief en afkeurend, alsof men over een reorganisatie van dit soort gezondheidszorg niet hoeft na te denken wanneer deze leidt tot een afkalving van middelen en personeel van de instituten die eigenlijk zouden moeten worden uitgebreid om de opvang binnen de residentiële setting verder te optimaliseren. Er is weinig constructieve en ideaaltypische beschouwing, noch inhoudelijk, noch naar de partners van eerste en tweede lijn.

Het lijkt erop dat auteurs niet willen geloven in een alternatieve gedachtegang over zorgcontinuïteit, dat zij niet de boer op willen met medewerkers uit het ambulante veld en dat zij van een dergelijke samenwerking nog niet veel goeds hebben ondervonden. Auteurs leveren weinig documentatie voor hun uitspraken, terwijl dit nu juist hetgeen is wat zij de overheid verwijten bij de conceptualisering van het artikel 107-project. Auteurs onderbouwen hun bezwaren niet met concrete illustraties, waardoor ik mij als ambulante collega, samen met vele andere veldwerkers, weinig serieus genomen voel. Auteurs lijken vooral opnamegericht te zijn, een residentieel behandelingsmodel centraal te stellen en alle initiatief monopoliserend bij de instelling te leggen.

Alsof niemand anders, laat staan de patiënt, er behoefte aan heeft om na te denken over hoe de langdurige zorg voor chronisch zieke mensen kan worden opgevat en gerealiseerd. Hoe het oppoortuun kan zijn dat chronische patiënten liefst niet in een instelling terecht zouden komen en als het dan toch nodig is, er liefst niet te lang zouden verblijven. Het lijkt erop dat psychiaters die alleen in een instelling werken te weinig zien dat er buiten hun eigen werkterrein nog andere interessante, goedkopere (ook voor de patiënt) opvangmogelijkheden of behandelplekken zouden kunnen zijn, of uitgebouwd kunnen worden. Terwijl zij zich toch ook zorgen zouden moeten maken over welke hulp en welke zorg patiënten het beste, heel de tijd vóór de opname en heel de tijd erna zouden kunnen krijgen, in een grote variatie.

Wat betreft de kritiek op de reorganisatie en samenwerking met andere werkers uit de ggz wil ik wijzen op een goede samenwerking van ambulante collega's met collega's uit de residentiële sector. Zij zijn deeltijds in ons team opgenomen en zijn zelf ook goed te spreken over dit – voor Antwerpen nieuwe – transmurale project rond vroege psychosen. Dit project lost de verwachtingen van zorgvernieuwing in zoals de overheid deze bedoelt en het succes hiervan wordt door verwijzers en partners erkend en gewaardeerd.

Ik wil dan ook een krachtige oproep doen om in België meer te investeren in de verbetering van de achterstandspositie van ambulante eerste- en tweedelijns gezondheidszorg en hun initiatieven die al decennia lang meer dan hun steentje bijdragen in de zorg van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen.

LITERATUUR

- Hecke J Van, Joos L, Daems J, Matthysen V, De Bruyne S. Reorganisatie van de Belgische ggz; betere zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening? Tijdschr Psychiatr. 2011; 53: 917-26.

AUTEUR

JOS VERBELEN, psychiater, Vroeg Detectie & Interventie Psychose (VDIP) Antwerpen en Andante Deurne.

Correspondentieadres: Jos Verbelen, VDIP Antwerpen, Van der Sweepstraat 7, 2000 Antwerpen, België.

E-mail: jos.verbelen@andante.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Reorganisation of the mental health services in Belgium in 2011. Will this lead to better care for patients with a serious mental illness?'

ANTWOORD aan Verbelen

In zijn reactie op ons artikel betwijfelt collega Verbelen of oprechte bezorgdheid voor de kwaliteit van zorg voor mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) het motief is van ons essay. Eerder vermoedt hij een behoudende reflex die het monopolie van de zorg in het ziekenhuis wil houden, met miskennis van de kwaliteiten van de eerste- en tweedelijnszorg als gevolg. We willen deze motieven graag weerleggen. Zo zullen we opnieuw kort proberen aan te tonen waarom objectieerbare tendensen in onze ggz-organisatie aan de basis liggen van onze vrees voor mogelijk funeste effecten van de ggz-reorganisatie in België voor mensen met een EPA.

Het is ondertussen bekend dat de tendens tot vermaatschappelijking bij de overheid ontstaan is uit het idee dat de residentiële psychiatrische zorg in België te omvangrijk is. Cijfers, die naargelang de bron steeds wisselen, moeten dit bewijzen, maar is dit werkelijk zo? We hebben niet meer bedden in België dan in Nederland. Verder verblijft in de Belgische (i.t.t. in de Nederlandse) psychiatrische ziekenhuizen een grote groep van mensen met mentale retardatie en (psycho)geriatrische problemen. Ook ontbreekt in België een afzonderlijke forensische residentiële zorg (Vermeest e.a. 2008).

Kunnen mensen met EPA die langdurige zorg nodig hebben op dit moment in deze overvolle residentiële zorg terecht? Deze vraag zou na het lezen van ons essay, maar ook voor een veldwerker, retorisch moeten klinken. Wij vrezen dat deze patiënten tussen wal en schip zullen belanden, doordat door de (onbedoelde) economische dynamiek van de reorganisatie juist bedden voor deze groep worden afgebouwd (lees er de ingediende projecten op na: <http://www.psy107.be/site/site.asp?id=33&lv=3>), terwijl er geen garantie is dat met de vrijgekomen middelen ambulante zorg voor hen zal worden georganiseerd.

Overigens is er een wereldwijde consensus dat men eerst de ambulante diensten moet hebben uitgebouwd, alvorens men bedden kan opheffen (Thornicroft e.a. 2010). Wij bepleiten een getrappt zorgmodel voor mensen met een EPA waar door uitbouw van zowel ambulante als residentiële trappen samen de zorg voor deze mensen kan worden gegarandeerd.

Ten tweede verwijt Verbelen ons de kwaliteiten van de eerste- en tweedelijnszorg te miskennen. Wij zijn ons ervan bewust dat onze kritiek op ambulante zorgvoorzieningen in een pleidooi dat als opnamegericht wordt begrepen, een dergelijk idee kan genereren. Zo opgesloten zijn we echter niet in ons zogenaamd ziekenhuis(denken). Een aantal van de auteurs is bijvoorbeeld werkzaam in de VDIP-projecten die Verbelen als voorbeeld noemt van ambulante zorg voor EPA. Echter, deze proefprojecten zijn kleinschalig en de subsidies staan ter discussie. We begrijpen dat dit pijnlijk is, maar dit mag ons er niet van weerhouden ook de behoefte aan residentiële zorg voor EPA te bepleiten. Wel blijven we bij het standpunt dat de centra geestelijke gezondheidszorg (Riagg in Nederland) te weinig inspanningen leveren voor mensen met een EPA en door lange wachtlijsten en intakeprocedures de aansluiting met de residentiële zorg voor deze mensen missen.

Het lijkt ons relevant de ggz-organisatie te optimaliseren zodat we met minder middelen meer mensen kunnen behandelen. Maar in deze

schuivende zorg economie zullen ook keuzes moeten worden gemaakt. De keuze voor vermaatschappelijking betekent naar onze mening ook dat de zorg voor de kwetsbaarste groep structureel wordt verzekerd. Voorstellen hiertoe bespreken we uitgebreid in het essay. Op dit moment betekent deze vermaatschappelijking echter enkel dat de middelen per patiënt met EPA exponentieel dreigen te verminderen. Zo werden er voor de reorganisatie zorgmodellen zoals functie-assertive *community treatment* (FACT) uit Nederland geïmporteerd die in Vlaanderen enkel budgettair haalbaar zijn als wordt gewerkt voor de helft van de prijs per patiënt. Financiële motieven spelen dus enkel omdat de kwaliteit van dergelijke 'light-versies' wordt betwijfeld.

We zijn niet blind voor de grote behoefte aan middelen voor de ambulante psychiatrische zorg voor EPA, maar we willen vermijden dat deze uit de schaarse residentiële middelen voor dezelfde groep komen. Ook ondergefinancierde en weinig afgebakende ambulante zorg voor deze patiënten mag binnen de reorganisatie niet als doekje voor het bloeden worden geboden. Wij delen dezelfde zorgen als Verbelen, maar we hopen dat onze patiënten binnenkort niet andermaal met lege handen achterblijven.

LITERATUUR

- Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R, Barley E, Drake RE, Gregorio G, e.a. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010; 9: 67-77.
- Verniest R, Laenen A, Daems A, Kohn L, Vandermeersch G, Fabri V e.a. Langverblijvende psychiatrische patiënten in T-bedden. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008.

AUTEURS

JAN VAN HECKE is psychiater, eenheid voor psychiatrische spoedinterventie en PAAZ, Ziekenhuis Netwerk Antwerpen, campus Stuivenberg.

LUCAS JOOS is psychiater, sector psychosezorg, P.Z. Bethaniënhuis, Zoersel.

JAN DAEMS is psychiater, sector psychosezorg, P.Z. Bethaniënhuis, Zoersel.

VICKY MATTHYSEN is psychiater-hoofdgeneesheer, Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg, Antwerpen.

STEPHAN DE BRUYNE is psychiater, sector Psychosezorg van P.C. St. Hiëronymus, Sint-Niklaas, en in PVT Schorshaegen, Duffel.

Correspondentieadres: Jan Van Hecke, eenheid voor psychiatrische spoedinterventie en PAAZ, Ziekenhuis Netwerk Antwerpen, campus Stuivenberg, Lange Beeldekensstraat 267, 2060 Antwerpen, België.

E-mail: jan.vanhecke@zna.be.