

Strategisch beleid in de GGZ: van diversiteit naar monocultuur

D.C. VAN OOSTVEEN, J.W. HUMMELEN

SAMENVATTING Dit artikel beschrijft een onderzoek naar de prioriteiten ten aanzien van de huidige beleidstrends in de Nederlandse gezondheidszorg onder bestuurders, psychiaters en cliënten van verschillende typen ggz-instellingen. Ondanks enkele groepsgebonden prioriteiten is het opvallend dat de prioriteitsprofielen van alle onderzochte groepen grotendeels met elkaar overeenkomen. Waarschijnlijk geeft deze (schijnbare) consensus de sterke invloed van de politiek op de GGZ weer.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 9, 645-649]

TREFWOORDEN geestelijke gezondheidszorg, fusie, beleidstrends

De reorganisatie binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) begint zijn beslag te krijgen, gewoonlijk resulterend in fusies. Verschillende typen ggz-instellingen met soms verschillende beleidsmatige en strategische achtergronden moeten integreren, waardoor spanningen in de nieuwe organisatie kunnen ontstaan.

Een fusie heeft voor alle lagen van een instelling consequenties, ook voor de inhoudelijke professionals en de cliënten. Tegelijkertijd is de opstelling van deze twee groepen van belang voor het slagen van het beleid. Het is dan ook belangrijk om te weten hoe deze groepen tegen de huidige beleidstrends in de gezondheidszorg aankijken.

Om hier meer inzicht in te krijgen, zijn de volgende vragen geformuleerd: Welke beleidstrends in de gezondheidszorg vinden bestuurders van de verschillende typen ggz-instellingen belangrijk voor hun beleid; Welke trends vinden inhoudelijke professionals (psychiaters) en cliënten belangrijk?; Is er overeenstemming tussen hen en met de bovengenoemde groep??

METHODE

Voor dit onderzoek, dat plaatsvond in 1998, is gebruikgemaakt van een door De Jong (1996) ontwikkelde vragenlijst met twaalf trends die sturing geven aan het gezondheidszorgbeleid in Nederland. Deze vragenlijst is gebaseerd op een PEST-analyse: een methodiek om de belangrijkste veranderingen op het gebied van de Politieke, Economische, Sociaal-culturele en Technologische ontwikkelingen in kaart te brengen.

Het onderzoek werd verricht bij drie groepen: 77 directeuren (bij een tweehoofdige directie de geneeskundig directeur), 77 psychiaters (via een steekproef uit het geneeskundig adresboek) en 77 voorzitters van cliëntenraden. In elke groep waren 24 ondervraagden verbonden aan een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ), 40 aan een RIAGG en 13 aan een gefuseerde instelling (GFI).

Aan alle groepen werd gevraagd uit de twaalf in de tabel genoemde beleidstrends de vier meest en de vier minst belangrijke trends te kiezen, respectievelijk voor het beleid van de eigen organisatie (bestuurders), het beleid op de afde-

ling (psychiaters), of voor zichzelf (cliënten). Er werd verzocht zowel bij de vier meest belangrijke als bij de vier minst belangrijke trends door een rangnummer de plaats ten opzichte van elkaar aan te geven. Hierdoor werd het mogelijk per groep respondenten een zogenaamd prioriteitenprofiel weer te geven.

In tabel 1 staan de trends (de ondervraagden kregen een uitgebreidere omschrijving van de trends) en de gevormde prioriteitenprofielen.

RESULTATEN

Respons Van de 77 aangeschreven bestuurders stuurde 73% de enquête terug (GFI 100%, APZ 83%, RIAGG 58%). Van de psychiaters stuurde 60% de enquête terug. De cliënten lieten een respons van 42% zien. Niet alle gegevens waren bruikbaar.

Trends De bestuurders benoemen als belangrijkste vier trends: zorgaanbod afstemmen op behoefte en vraag (trend 3); primair proces centraal stellen (trend 1); zorgvernieuwing im-

plementeren (trend 7) en kosteneffectiviteit (trend 2). Een onderverdeling naar type instelling binnen deze groep laat nauwelijks verschillen zien.

Ook de rangschikking van de minst belangrijke trends komt voor de bestuurders van de verschillende typen instellingen grotendeels overeen: managementparticipatie professionals (trend 12); platter maken van de organisatie (trend 9); actief personeelsbeleid (trend 11); kwaliteitsmanagement (trend 4) en marketingactiviteiten (trend 10) komen op een gedeelde vierde plaats.

In tabel 1 zijn ook de prioriteitenprofielen van de psychiaters en de cliënten weergegeven. De profielen van alle groepen komen grotendeels overeen behalve de hoge prioriteit die de psychiaters aan 'managementparticipatie professionals' (trend 12) en de cliënten aan 'vergroten toegankelijkheid' (trend 6) toekennen.

De bevindingen bij de psychiaters en cliënten zijn niet uitgesplitst naar type instelling.

TABEL 1 Prioriteitenprofielen van bestuurders, psychiaters en cliënten

	⇐ Meest belangrijk					Minst belangrijk ⇐			
Bestuurders	3	1	7	2		4/10	11	9	12
Psychiaters	1	3	12	7		8/6	11	9	10
Cliënten	3	6	7	1		8	9	11	12

Beleids trends (1 t/m 12):

1 = primair proces centraal stellen

2 = kosteneffectiviteit

3 = zorgaanbod afstemmen op behoefte en vraag

4 = kwaliteitsmanagement

5 = doelgroepontwikkeling

6 = vergroten toegankelijkheid

7 = zorgvernieuwing implementeren

8 = efficiëntie bevorderen

9 = platter maken van de organisatie

10 = marketingactiviteiten

11 = actief personeelsbeleid

12 = managementparticipatie professionals

DISCUSSIE

Strategische trends

Het primaire proces centraal stellen (trend 1) heeft voor iedere groep een hoge prioriteit; dit is niet verrassend. Een instelling ontleent er zijn bestaansrecht aan, een psychiater wordt ervoor opgeleid en cliënten wenden zich tot de instelling voor psychiatrische zorg.

Verder wordt door alle groepen trend 3, het zorgaanbod afstemmen op behoefte en vraag, belangrijk geacht. Het aangeven van deze prioriteit betekent echter nog niet dat actie wordt ondernomen om dit punt in praktijk te brengen. Sinds de recente transmurale integratiegolf in de psychiatrie is tot nu toe zelden voor een verzorgingsgebied demografisch en epidemiologisch onderzoek verricht (Ravelli & Schrijvers, 1999). Het lijkt erop dat de bestuurders (en psychiaters) ten aanzien van deze trend vooral – politiek correcte – lippendienst bewijzen.

Bij trend 7, zorgvernieuwing implementeren, is het de vraag wat de verschillende groepen precies onder dit begrip verstaan. Voor bestuurders kan zorgvernieuwing samenwerking met andere instellingen betekenen, om te voorkomen dat er korting op het budget plaatsvindt. Wanneer samenwerking voor bestuurders het makkelijkst te bereiken is via een fusie, houdt zorgvernieuwing niet méér in dan dat instellingen fuseren (Van Tuijn & Van der Burg 1997). Een dergelijke conclusie wordt ondersteund door de bevindingen van De Wolf (1995), die in haar onderzoek naar zorgvernieuwingsprojecten aangaf dat het aanbod niet wezenlijk veranderd is: 'Over de volle breedte is er geen sprake van een principieel andere omgang van hulpverleners met cliënten, een andere handelwijze, taal of cultuur, of een fundamentele verschuiving van macht tussen de actoren in het ggz-domein en het maatschappelijke domein.' Het zijn juist deze ontbrekende aspecten waarvan cliënten (lijken te) verwachten dat deze door zorgvernieuwing gerealiseerd kunnen worden.

Bij de minst belangrijke trends wordt door alle groepen respondenten het platter maken van de organisatie (trend 9) genoemd. Er is kennelijk een consensus (of berusting?) in het veld dat besturing van ggz-organisaties slechts mogelijk is met tussenschakeling van diverse managementlagen.

Opmerkelijk is dat ook trend 11, actief personeelsbeleid, laag scoort. Terwijl in de ggz de kwaliteit van werk staat of valt met goed en gemotiveerd personeel, wordt hier blijkbaar in de praktijk weinig aandacht aan gegeven. Het is opmerkelijk dat deze trend ook bij de cliënten laag scoort, terwijl deze groep bij uitstek direct te lijden heeft van de gevolgen van een eventueel niet-actief personeelsbeleid. Wellicht geeft deze opstelling van de cliëntenraden aan dat men ongemerkt zodanig ingekapseld is geraakt in de beleidsontwikkeling van instellingen, dat men geen helder tegengeluid meer laat horen.

Groepsgebonden prioriteiten

Psychiaters: managementparticipatie Bij de psychiaters behoort managementparticipatie professionals (trend 12) tot de belangrijkste trends. De bestuurders en de cliënten verbinden aan deze trend juist de laagste prioriteit. Deze tegengestelde opvattingen houden het risico in van een situatie waarbij het beleid van bovenaf wordt doorgevoerd, zonder dat dit gedragen wordt door de professionals. Tevens valt te vrezen voor het gaan domineren van een beheerscultuur en verschraving van de behandeling wanneer de bestuurders op managementniveau niet door professionals worden geconfronteerd met de problemen van de directe patiëntenzorg.

Indien psychiaters willen participeren in het management, zal tijdens de opleiding psychiatrie structureel aandacht moeten worden besteed aan managementvaardigheden op team- en afdelingsniveau. Hier was tot voor kort nauwelijks aandacht voor.

Cliëntenraden: toegankelijkheid van de zorg De cliënten noemen het vergroten van de toegankelijkheid (trend 6) als een belangrijke prioriteit. Kennelijk wordt de toegankelijkheid door de cliënten als onvoldoende beleefd. Misschien is het door de versnippering en overlap in de ggz niet altijd duidelijk voor de cliënt waar hij terecht kan (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1998). De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1998) tracht de toegankelijkheid te verbeteren via een 'geïntegreerde, objectieve en onafhankelijke indicatiestellingprocedure, waarbij zowel doelmatigheid als cliëntvriendelijkheid voldoende gegarandeerd zijn'. Ons inziens wordt de toegankelijkheid in de praktijk sterk bemoeilijkt door de uitgebreide intakeprocedures. Door de toegenomen grootte van (gefuseerde) instellingen wordt er gewerkt met intakeberaden waar elke cliënt eerst wordt besproken voordat zorgtoewijzing plaatsvindt, en is de intaker zelden dezelfde als de behandelaar. Daarbij leidt het werken met zorgprogramma's voor een omschreven doelgroep er vaak toe dat de cliënt tevens eerst nog 'gezien' moet worden door de coördinator van zo'n programma alvorens de behandeling kan beginnen. Zo hebben de schotten van vroeger tussen de verschillende instellingen plaatsgemaakt voor nieuwe schotten in de instellingen.

CONCLUSIE

Uit dit onderzoek blijkt dat er weinig verschillen bestaan tussen bestuurders, psychiaters en cliënten wat betreft de door hen voorgestane beleidsprioriteiten. Controverses kunnen echter gemakkelijk verborgen blijven door de abstracte wijze waarop het beleid wordt geformuleerd. Pas wanneer het beleid concreet in de praktijk wordt gebracht, zal men kleur moeten bekennen.

Het risico van deze situatie is dat er te weinig discussie plaatsvindt en dat bij gebrek

aan tegenkrachten de huidige opvattingen op onevenwichtige wijze doorgevoerd gaan worden.

Als men inhoudelijk naar de voorgestane beleidstrends kijkt, kan men concluderen dat de ministeriële beleidsnota's een overheersende invloed hebben op de opinies van alle ggz-participanten. Hier dringt zich het spreekwoord 'Wiens brood men eet, diens woord men spreekt' op. Het beklemmende aan deze situatie is dat het beleid aangaande de ggz een hoog ideologisch gehalte heeft. Er is ons inziens een dringende behoefte aan vergelijkend onderzoek naar de effecten van verschillen in opzet en werkwijze van zorgaanbieders. Een dergelijk *evidence-based* ggz-beleid moet de huidige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aanspreken.

LITERATUUR

- Borst-Eilers, E. (21 december 1998). Brief van de minister van vws. Tweede Kamer vergaderjaar 98-99: 25424, 6.
- Jong, J.H.J. de (1996). *Strategisch beleid van zorgorganisaties* (scriptie). Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant (op te vragen bij de auteurs van dit artikel).
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998). *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Ravelli, D.P., & Schrijvers, A.P.J. (1999). Eindtijd van de Nederlandse APZ-en, aard, aanleiding, doelen en gevolgen van de transmurale integratiegolf in de geestelijke gezondheidszorg sinds 1993. *Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg*, 5, 490-504.
- Tuijn, A.P.B.M. van, & van der Burg, G. (1997). Management, kritische succesfactor voor zorgvernieuwing. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 6, 605-620.
- Wolf, J. (1995). *Zorgvernieuwing in de GGZ. Evaluatie van achtien zorgvernieuwingprojecten* (NCGV-reeks 95-16). Utrecht: Nationaal centrum Volksgezondheid.

Een uitgebreide versie van dit onderzoek is op te vragen bij de auteurs.

AUTEURS

Mevrouw D.C. VAN OOSTVEEN is psychiater in opleiding en J.W. HUMMELEN is psychiater/A-opleider. Beiden zijn verbonden aan Spatie, Centrum voor geestelijke gezondheid te Apeldoorn.

Correspondentieadres: Spatie, Centrum voor geestelijke gezondheid, Deventerstraat 459, Postbus 928, 7301 BD Apeldoorn.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-12-2000.

SUMMARY

Strategic policy in (Dutch) mental health care: from diversity to monoculture – D.C. van Oostveen, J.W. Hummelen –

A study is described of the priorities with regard to current policy trends in Dutch health care for managers, psychiatrists and clients of different mental health care institutions. In spite of some group-related priorities, it is notable that the priority-profiles of all groups investigated are more or less the same. We think that this (apparent) consensus reflects the strong influence of politics on mental health care in the Netherlands.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 9, 645-649]

KEYWORDS mental health care, merger, policy trends