

Psychiatrie en sociaal domein: 'living apart together' of 'living together apart'?

A.T.F. Beekman

De psychiatrie is bij uitstek een vak waar gen en omgeving bij elkaar komen (Giangrande e.a. 2022). Omgevingsfactoren en sociale context zijn op alle niveaus sterk verweven met het ontstaan, beloop en de gevolgen van psychiatrische aandoeningen. Van Os (2022) maakt in zijn onderzoeksartikel elders in dit nummer elegant gebruik van bestaande gegevens over sociale deprivatie en het ggz-zorggebruik in Nederland, om te toetsen of de samenhang tussen beide zich vertaalt in een even sterke en uniforme samenhang tussen gebruik van ggz-zorg en zorg uit het sociaal domein.

Het korte antwoord is nee. Er is een sterke samenhang tussen sociaal-demografische factoren en gebruik van (met name zwaardere en duurdere vormen van) ggz-zorg. Opvallend is dat het gebruik van zorg bij de doelgroep met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) en de groep met verslavingsproblematiek verdubbelt over kwartielgroepen sociale deprivatie, terwijl er een omgekeerde relatie bestaat bij patiënten met angst en depressie. Vervolgens vertaalt zich dit alles niet in een even sterke samenhang tussen ggz-gebruik en gebruik van zorg uit het sociaal domein. Het blijkt ook dat er enorme variatie bestaat tussen gemeenten en regio's. Van uniformiteit is geen sprake.

Volgens Van Os is er een groot verschil met de somatiek, waar een veel minder sterke relatie bestaat tussen sociaal-demografische factoren en gebruik van zorg. In vergelijking met de psychiatrie speelt in de somatiek leeftijd als predictor een veel belangrijker rol dan (andere) sociaal-demografische factoren.

Somatiek en psychiatrie

Wat betekent dit alles? Als eerste laat het zien dat we er in Nederland goed in slagen om ggz-zorg beschikbaar te krijgen bij patiënten uit de lagere sociaal-demografische strata van de bevolking. Voor ons misschien vanzelfsprekend, maar in de rest van de wereld is dat helemaal niet zo. Een bezoek aan San Francisco of New York spreekt boekdelen.

Voor wie de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM volgt, of de adviezen van de Gezondheidsraad, is het op z'n minst verrassend om te lezen dat er in de somatiek niet een vergelijkbare gradiënt zou bestaan tussen sociaal-demografische deprivatie en somatisch zorggebruik. Psychiatrische aandoeningen ontstaan op jonge leeftijd - veel jonger dan de meeste chronische lichamelijke ziekten. Het is daarmee niet

AUTEUR

Aartjan T.F. Beekman, hoogleraar Psychiatrie en hoofd afd. Psychiatrie, Amsterdam UMC.

Correspondentie

Prof. dr. Aartjan Beekman (a.beekman@amsterdamumc.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-5-2022.

citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(6):346-347

verrassend dat leeftijd een belangrijke voorspeller is van zorggebruik in de somatische zorg; terwijl leeftijd veel minder een rol speelt in de ggz.

Echter, bij veel lichamelijke ziekten spelen omgevingsfactoren net zo'n belangrijke rol bij ontstaan en beloop als bij psychiatrische aandoeningen. Een paar gegevens uit de VTV en recente Gezondheidsraadadviezen: mensen met een lage sociaal-economische status leven 7 jaar korter, en de verwachting wat betreft leven in goede gezondheid is maar liefst 18 jaar korter. Door de coronapandemie zijn de verschillen groter geworden. Dit vertaalt zich ook in de somatiek naar verschillen in gebruik van (duurdere) zorg. De factor leeftijd zal een vergelijking tussen ggz en somatiek vertekenen.

Ggz en sociaal domein

Dan de vertaling naar gebruik van zorg uit het sociaal domein. De sterke sociaal-demografische gradiënt van ggz-zorggebruik vertaalde zich niet naar een parallelle toename van zorg uit het sociaal domein. Is dat erg? Het is aannemelijk dat we ons in de ggz inspinnen om patiënten te helpen met sociale problematiek, zodat zich de sterke verwevenheid tussen sociale en psychische problemen niet vertaalt in parallel gebruik van zorg uit het sociaal domein. Het is ook heel voorstelbaar dat

we zo iets vooral zien bij patiënten die *flexible assertive community treatment* (FACT)-zorg gebruiken. Integrale zorg bieden is de bedoeling van FACT.

Van Os stelt de vraag of dit betekent dat we bezig zijn sociale problematiek te medicaliseren. Een nog kritischer vraag zou zijn of hiermee de institutionalisering van kwetsbare patiënten ambulantly wordt voortgezet. Medicalisering en institutionalisering zijn woorden uit een negatief frame. Echter, als we vanuit de gezondheidszorg verantwoording willen nemen voor het goed regelen van schuldhulpverlening, dan betekent dat nog niet dat financiële problemen worden gemedicaliseerd. De grote geografische variatie is niet geruststellend. Het gaat om complexe, dure zorg voor patiënten met ernstige en vaak langdurige problematiek. Het is in Nederland heel goed gelukt om consensus te bereiken over de gewenste kwaliteit van met name FACT en klinische zorg (high en intensive care, en *active recovery triad*). Het zou goed zijn als er gelijksoortige consensus zou ontstaan binnen het sociale domein over wat kwalitatief goede zorg is voor kwetsbare patiënten. Diverse recente publicaties laten zien dat men zich binnen het sociale domein en de gemeenten bewust is van het probleem van de grote variatie en het gebrek aan goed wetenschappelijk gefundeerde consensus over goede zorg in het sociale domein (Vereniging Nederlandse Gemeenten 2021).

Van Os pleit voor een verdere integratie van ggz en sociaal domein. Deze discussie lijkt op het debat dat ertoe geleid heeft dat de kinder- en jeugdpsychiatrie uit de geneeskundige zorg is gehaald en naar het gemeentelijk domein is overgeheveld. Vooralsnog heeft dat vooral schade gegeven.

Het zou dan ook beter zijn om de zorg uit het sociaal domein verder te ontwikkelen met uniformere praktijkstandaarden, met name voor mensen met complexe psychiatrische problematiek. We kunnen dan vanuit twee goed ontwikkelde domeinen van zorg samenwerken, zonder alles wat met alles samenhangt te willen fuseren. Er blijft vervolgens veel variatie in wat voor een individuele patiënt passende zorg is. Dat laat zich het beste organiseren in netwerken waarbij patiënten echt regie kunnen voeren over de zorg die zij krijgen. Van Os geeft daar een aantal inspirerende voorbeelden van.

LITERATUUR

- Giangrande EJ, Weber RS, Turkheimer E. What do we know about the genetic architecture of psychopathology? *Ann Rev Clin Psychol* 2022; 18: 19-42.
- Os J van. Vertaalt de sterke sociale gradiënt van ggz zich in een uniform sterke samenhang tussen ggz en sociale zorg? *Tijdschr Psychiatr* 2022; 64: 366-76.
- Vereniging Nederlandse Gemeenten. Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD) 2021. <https://vng.nl/projecten/gemeentelijke-monitor-sociaal-domein-gmsd>