
OVER VRAAGGESTUURDE ZORG IN DE GGZ

Over de beïnvloedbaarheid van de samenleving met betrekking tot preventie van geestelijk lijden en de nieuwe rol van de sociale psychiatrie

Prof. Drs. J. van Londen, auteur is psychiater, voormalig directeur-generaal van de afdeling Volksgezondheid van het Ministerie van (toen nog) WVC en vele andere functies. Momenteel is hij voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Lezing gehouden tijdens de werkconferentie 'De toekomst van de sociale psychiatrie'. Georganiseerd door de Strategiegroep Sociale Psychiatrie op 28 november 2002.

Inleiding

Gaarne wil ik beginnen te proberen de kloof tussen Romme's benadering van de sociale psychiatrie en de mijne te verkleinen.

Hij constateert een grote afstand tussen zijn leermeester Querido en de man die ik in mijn vroege jeugd heb leren kennen F.S. Meijers, mijn schoon-grootvader!

Er was zeker spanning tussen de karakters van beide mannen en dat is in de geschiedschrijving niet onopgemerkt gebleven.

Meijers was in de ogen van Querido een wat luie man, maar niet dom.

Querido was in de ogen van Meijer intelligent, heerszuchtig en arrogant.

Nee, volgens de overlevering boterde het niet.

Maar dat gold niet voor hun opvattingen. Ik citeer uit Meijers' boek: Inleiding tot de sociale psychiatrie, 1947, Busse N.V., blz. 63:

".... Heb ik van de sociale psychiatrie de volgende omschrijving gegeven: " In de sociale psychiatrie, welke een deel der geestelijke gezondheidszorg bestrijkt, vindt de betekenis der wisselwerking tussen het geesteszieke individu en zijn milieu haar uitdrukking. Zij ziet de samenleving en de geestelijke hulpbehoevende in

onderling verband, zij beoogt de bestudering van de milieufactoren, die van invloed kunnen zijn geweest, zowel bij het ontstaan als bij het beloop van de geestesstoornis. In haar therapeutische tendentie tracht zij omgeving en patiënt op elkaar af te stemmen".

Voor de mogelijke sociogenese van psychiatrische aandoeningen verschillen Querido en Meijers niet, en ook Romme en ik niet.

Er zit wél een verschil in de opvattingen over de mogelijkheden van de interventie richting samenleving van de sociale psychiatrie tussen Romme en mij.

In de Trimboslezing van begin 2001 heb ik daaraan aandacht besteed en ik kom hier later op terug.

Meijers zag meer in de schildwerking van de sociale psychiatrie: beschutting tegen of neutralisering van pathogenetische invloeden van de samenleving, terwijl Trimbos een stapje verder ging in de opvatting met betrekking tot de maakbaarheid van de samenleving: de preventieve opgaven van de sociale psychiatrie.

Dàt er pathogenetische factoren in de omgeving zijn heeft, bijvoorbeeld de arbeidsgeneeskunde, of ook de milieuhygiëne afdoende bewezen, en er zijn geen gronden te veronderstellen dat dit bij geestesziekten anders zou liggen.

Ik zal mijn betoeg herhalen en nader toelichten, dat er een lange weg is te gaan voor het bestrijden of neutraliseren van sociale determinanten.

Voor evidence based-handelen liggen er nog veel te veel onontwarde complicaties.

Die zijn deels cultuurbepaald (Van Dantzig: "iedere samenleving kent zijn eigen uitvallers").

Ik wil deze inleiding afsluiten met mijn adhesie te betuigen aan Romme's omschrijving van de sociale psychiatrie.

Samenvatting van de Trimboslezing

In de Trimboslezing betoogde ik dat de richting van actie van de sociale psychiatrie is veranderd of althans een hele periode veranderd is geweest. Oorspronkelijk gericht op het ten gunste van patiënt en omgeving de interactie tussen die twee te beïnvloeden op de deskundige grondslag die de sociale psychiatrie biedt.

De zonder twijfel ziekmakende of althans de gezondheid bedreigende invloeden lokten uit tot het proberen te beïnvloeden van die zogenaamde determinanten.

Daar is op zichzelf niets mis mee. Het is alleen veel moeilijker evidence based die determinanten te willen veranderen (sociale actie) dan te concluderen dat die determinanten ziekten kunnen veroorzaken of faciliteren.

Hoewel er veel wetenschappelijk onderzoek voor handen is voor wat betreft de effectiviteit van de oorspronkelijke sociale psychiatrie (alhoewel nog steeds veel te weinig gesteld tegenover het eclectisch samengestelde instrumentarium) zei ik dat wel zeker is dat ten behoeve van een preventieve psychiatrie (actie gericht dus op de maatschappij) te weinig onderzoeksmateriaal aanwezig is.

Ik baseerde dat onder andere op een rapport van het Trimbosinstituut uitgebracht aan de

Programmacommissie Preventie van ZorgOnderzoek Nederland.

Het wetenschappelijk gefundeerde actievoeren tegen de maatschappelijke instituties is moeilijk. De hygiënisten (roken, alcohol) weten daar alles van, evenals milieu en vredesactivisten.

Ik schetste dat de pogingen de sociale psychiatrie om te buigen tot een meer preventieve psychiatrie vastliep door maatschappelijke en politieke weerstand tegen het begrip maakbaarheid van de samenleving.

Ook de ideologie van het bevorderen van zelfontplooiing leidde tot verzet tegen het maakbaarheidbeginsel.

Ik schetste – wat in mijn ogen een neergang was van de sociale psychiatrie (en ook van de sociale geneeskunde – toen bijna geen faculteit geneeskunde nog onderwijs bood in sociale geneeskunde), in die maatschappelijke context.

De Trimboslezing teruglezend, begrijp ik nu wel beter dat ik met een bepaalde zin (blz. 8) zelf voor de antithese tussen Romme en mij heb gezorgd namelijk: Meijers citerend en interpreterend zei ik: "De sociale psychiatrie had aandacht voor de pathoplastiek; de sociale geneeskunde voor de pathogenese". Dat was inderdaad te ongenueanceerd en te snel door de bocht.

Meijers (blz. 51) citeert immers met instemming Kronfeld en Birnbaum. Hij (Kronfeld) spreekt van factoren die een etiologische en een vormende invloed uitoefenen.

Pathogenetische determinanten (erzeugende)

- a. Direct veruzachende;
- b. Prädisonierende;
- c. Provozierende (ausstöszen)

Pathoplastische (gestaltende) Determinanten.

- a. Direkt functionelle Bereitsschaften;
- b. Direkt inhaltliche Determinanten;
- c. Präformierende (bereitstellende bezüglich a oder b).

Ik hoop hiermee het misverstand over het vermeende ontbreken van een sociogene visie bij de oude sociale psychiatrie te hebben weggenomen. Blijft wel verschillende inschattingen van de richting van het sociale in het interventiemodel van de sociale psychiatrie.

Vraagsturing

De geestelijke volksgezondheid en de ggz

Kan de moderne zorg nog verder bijdragen aan de verbetering van de geestelijke volksgezondheid?

Of moeten we de verhoging van de geestelijke volksgezondheid meer verwachten van sectoren buiten de ggz sensu stricti, of van secundaire of tertiaire preventie, mental health promotion en mental health protection?

Wie vraagt wát van de zorg?

- Patiënten, cliënten.
- Verwanten, vrienden, de mantel.
- Werkgevers, collega-werknemers.
- De gemeenschap, de wijk.
- De scholen.
- De overheden, de politie.
- Andere hulpverleners.
- De verzekeraars.

Bij vraagsturing in engere zin moet men denken aan sturing dóór de vraag (vrager, individueel, vragers als groep, als organisatie).

Maar ook is vraagsturing: sturen óp de vraag, bijvoorbeeld door marktverkenning, wetenschappelijk onderzoek, zoals epidemiologie. Consumentenbond, patiëntenorganisaties spelen hier een belangrijke rol.

Het sturen van de vraag, bijvoorbeeld door voorlichting, consultatie, het inrichten van de financiering en het zorgaanbod. In het marktdenken valt een zwaar accent op sturing doór de vraag.

En wát vragen zij en is dat zonder complicaties leverbaar?

Eerst de grote lijnen, dan de detaillering:

De vragen

Kwaliteit

Kwalitatief goede zorg, respectvolle bejegening in de zin van deskundigheid naar stand van wetenschap en techniek en normen en waarden afkomstig uit onze cultuur: zij het religieus, dan wel humanistisch.

Als we de term humaan of menselijk gebruiken, duiden we de contexten van onze cultuur en beschaving aan; meervoud: multicultureel.

'Goede' zorg is effectieve zorg, efficiënte zorg, betaalbare en bereikbare zorg, van voldoende capaciteit, deskundig en respectvol. Deze vraag, in de eerste plaats gesteld door de cliënt, wordt door niemand van de in punt 3 opgesomden bestreden. Kan de geestelijke volksgezondheid in zijn eentje de vragen beantwoorden of zelfs – is dat wenselijk?

Er valt veel te debatteren over de kwaliteit van zorg in relatie tot het beoogde effect: kwaliteit van leven.

Orde en veiligheid

Van oudsher is er de vraag naar orde en veiligheid; orde en veiligheid in de openbare ruimten kunnen worden bedreigd door mensen lijdend aan beelden uit het psychiatrisch complex. Behoort de toerusting met drang en dwang tot het zorgarsenaal van de ggz? Die vraag is in de loop van de geschiedenis wisselend beantwoord. Kan de zorg zoals onder 'kwaliteit' beschreven in één persoon in één organisatie worden verenigd met de zorg onder 'orde en veiligheid'? Waar ligt het accent? Gevaar voor de patiënt? Gevaar voor de omgeving? Los van het antwoord op de vraag wie verantwoordelijk is voor gevaar voor de omgeving door de psychiatrische patiënt, is wel zeker dat de vraag naar het verbeteren van de veiligheid in de

openbare ruimten speelt. En dus óók voor onveiligheid veroorzaakt door psychiatrische patiënten. Eenvoudiger lijkt het antwoord op de vraag wie verantwoordelijk is voor het gevaar dat de psychiatrische patiënt, in episoden van ontoerekeningsvatbaarheid, voor zich zelf oplevert: dat is de hulpbieder. En als die er niet is, dan de organisatie van hulpbieders, de 24-uurs bereikbare ggz.

Schnabel heeft de kwestie aangesneden van de rechtvaardiging van ggz als categorale zorg in zijn het "Eigenaardige en aardige van de ggz" (1987).

Die categoraliteit volgt volgens Schnabel uit de inkluderende en integrerende attitude; dat in tegenstelling tot de somatische gezondheidszorg, die niet pretendeert alles te willen includeren.

De Commissie Kuypers – waarvan het rapport 'Zorg voor velen' verschenen is – hecht veel belang aan de maatschappelijke ontwikkeling waardoor de inclusiviteit niet voor alles en op elk tijdstip voor de ggz mede opgaat. Integraliteit niet altijd. Men denke aan scheiden van wonen en zorg, zoals in adviezen van de RVZ.

Meer detaillering

Als nu steeds meer vragen aan de oorspronkelijk inclusieve ggz worden toegevoegd, zoals bestrijding van ziekteverzuim om psychosociale redenen, bevorderen van handhaafbaarheid van kinderen met gedragsstoornissen op de reguliere scholen, dan spreekt men van addities; die gaan soms de capaciteit te boven, en die leiden van vragen tot overvragen, echte- of pseudo-capaciteit tekorten. Hier ontmoet ik weer mijn Trimboslezing met vragen ten aanzien van maakbaarheid, zelfontplooiing etc. En dat leidt dan weer tot de vraag van wat is de eigenlijke(?) kern? taak van de ggz, wat is de positie van de sociale

psychiatrie hierin?

Conclusie: niet door wat patiënten vragen wordt de ggz in onbalans gebracht, maar door de neiging in de samenleving allerlei taken toe te bedelen aan de zorgsector, en de neiging van de geestelijke gezondheidszorg om dat te accepteren. Hoe moet het dan met die almaar zwaarder belaste ggz?

Het antwoord lijkt me tamelijk gecompliceerd, maar de kern lijkt me te zijn, de ggz uit zijn categorale ketenen te verlossen en meer in te bedden in de eerstelijns volksgezondheid, de openbare volksgezondheid en de klinische geneeskunde; en aan de andere kant in transmurale netwerken te participeren met maatschappelijke dienstverlening.

Dit zou men de werkelijke vermaatschappelijking kunnen noemen. Dat de moderne sociale psychiatrie daarin een flexibele op contextuele specificatie gefundeerde rol zal moeten spelen als bijvoorbeeld makelaar, staat voor mij vast. En men leze dit nu niet als een nieuwe vorm van inclusief bezig zijn.

Het totaal excluderen zoals vaak bij de somatische gezondheidszorg gebeurt, kan namelijk in de ggz nu ook weer niet. De advocacy van het belang van de ggz-patiënt behoort nu weer wél tot de taak van de sociale psychiatrie.

Een veranderende maatschappelijke context

Was mijn eerste spoor de rol van de zorg in een veranderende maatschappelijke context (namelijk meer vraaggestuurd) het tweede spoor is de vraag naar bijdragen aan de geestelijke volksgezondheid buiten of zonder de zorgkern.

Aan het eind van het betoog kom ik dan tot mijn suggesties voor de Sociaal Psychiatrische Attitude in een Veranderende Samenleving.

Sociale psychiatrie

Voor wat betreft overeenkomst en verschil tussen social psychiatry en community psychiatry wil ik graag George Szukler en Graham Thornicroft (Oxford Press, 2001) citeren:

Er ligt hier wel een beetje een taal/spraakprobleem: In de zorg voor geestelijk gehandicapten spreekt men van community care, als de zorgende en beschermende capaciteiten van de gemeenschap zelf worden aangewend. Community based care is de organisatie van de zorg (niet alleen medisch) voor een lokale bevolking. In deze betekenis wordt door de auteur de term Community Psychiatry aangeduid. Sociale psychiatrie werd door Szukler en Thornicroft als volgt gedefinieerd: (Gebaseerd op Leff, 1993).

“Social psychiatry is concerned with the effects of the social environment on the mental health of the individual, and with the effects of the mentally ill person on his/her environment”.

De stap van sociale psychiatrie naar community (based) psychiatry is die van individuele zorg naar het scheppen van voorwaarden voor individuele zorg in een lokale gemeenschap.

Dat zou je dus zorgen voor de zorg kunnen noemen en dat vereist kennis van de psychiatrie, van de sociale kaart van de lokale gemeenschap, inclusief de somatisch medische verzorging en de zorg voor ouderen. Kennis van culturen, normen en waarden van die gemeenschap. In modern jargon: de context.

En u voelt het al aankomen: de volgende stap is die van de openbare geestelijke gezondheidszorg, public mental health.

OGGZ

In mijn ogen komt de OGGZ in Nederland te kort.

De OGGZ ontfermt zich te weinig over haar, evenals de geïntegreerde zorgcomplexen (alles inclusief, behalve public mental health). Het Trimbosinstituut spant zich wel in op dit gebied, evenals de NSPH.

Ik wil u een pleidooi voorhouden dat OGGZ volwaardig tot wasdom komt binnen de OGGZ net zo als de cure en care in het netwerk van de zorg i.c.z. thuis horen.

Over welke domeinen spreken we: primaire preventie, health protection en health promotion.

Deze disciplines behoren tot het paradigma van de geestelijke volksgezondheid, maar kunnen beter niet door de zorgsector zelf worden uitgevoerd. Maar consultatie door de zorg, en met name de sociale psychiatrie is wel degelijk nodig. En wellicht kan de zorg, inclusief de sociale psychiatrie bijdragen aan ‘de rijdende psychiater’.

Hier vind ik een oplossingsmogelijkheid voor de opgetreden frictie tussen sociale en preventieve psychiatrie. Het moeilijke terrein van de preventie dient stap voor stap nader te worden verkend; en grote stappen gauw thuis is er al helemaal niet bij.

Geestelijke volksgezondheid

Ik heb mij nog niet gewaagd aan een definitie van geestelijke volksgezondheid.

In mijn voorgeschiedenis heb ik vaak debatten meegemaakt over (volks)gezondheid definities. Voor de medische sector is het eenvoudiger ziekte te omschrijven, dat is ons gebied. Gezondheid valt niet te definiëren als afwezigheid van ziekte alleen.

In ons land heeft destijds ook de Commissie Dunning een poging gewaagd. In de omschrijving van geestelijke gezondheid komen aspecten naar voren als zelfontplooiing, autonomie, kunnen beschikken over je wil, kortom wel beschrijfbaar maar moeilijk meetbare grootheden.

Er zijn ook testbare grootheden, zoals IQ, concentratie, geheugen, sociale vaardigheden. Subjectieve en min of meer objectieve oordelen komen samen.

De WHO is van tijd tot tijd de medisch-politieke arena waarin over het begrip gezondheid wordt gesproken. In tijden van (oorlogs)agressie zijn dit explosieve debatten.

Deze uitstap heb ik nodig om te laten zien dat er misschien nog wel wetenschappelijk onderzoek mogelijk is naar bedreigende factoren (determinanten) voor de individuele gezondheid, maar dat het al moeilijker is om complexe maatschappelijke factoren uiteen te rafelen als bedreiging voor de geestelijke volksgezondheid, laat staan preventieve acties te ondernemen, waaraan de eis evidence based wordt gesteld.

Evidence based mental health promotion en mental health protection, moet echter niet uit defaitisme worden opgegeven, wel voortdurend kritisch worden geëvalueerd. De bijdrage aan de geestelijke volksgezondheid kan beduidende winst opleveren in de zin van kwaliteit van leven. In dit verband is het goed te wijzen op het rapport aan de Europese Commissie van de International Union for health Promotion and Education (1999) getiteld *The evidence of health promotion effectiveness, shaping public health in a new Europe*.

Men heeft een assesment gedaan over 20 jaar: *Evidence of the health, social, economic and political impacts of health promotion*. Onder de auteurs bevinden zich Clemens Hosman en Eva Jané Llopis uit Nijmegen, een overzicht van effectieve mental health promotion en mental disorder prevention program's. Net zo als bij het Trimbos literatuursearch blijken ook hier weer de programma's gericht op kind, school, ouders bewezen effectief, maar ook programma's op de werkplaats blijken effectief.

Als je kijkt naar de parameters voor

succes, kom je zaken tegen als meer "Job satisfaction and motivation". Is dat een parameter voor mental health? Wel weer objectiever is het afnemen van depressies.

Het rapport is in elk geval de moeite waard om ons er van te doordringen dat we voor wat betreft mental health promotion nog maar aan het begin staan.

Gedragbeïnvloeding op individueel niveau is al moeilijk, laat staan op populatieniveau.

De voorstellen van de Commissie Kuypers

Allerwegen hoort men spreken over een "epidemie van de hulpvraag in de ggz", zelfs wordt hier en daar het woord crisis aangewend.

Riagg's rapporteren dat ten gevolge van het Riagg-besluit van destijds, de opdracht over een breed spectrum hulp te verlenen heeft geleid tot capaciteitsproblemen.

Veel aandacht gaat uit naar de begeleiding van chronisch zieken (van ouds een S.P.-taak), zodanig dat er te weinig geld en mankracht is voor de behandeling van mensen met ernstige psychische nood.

Uit onderzoek ten behoeve van de Commissie Kuypers komt naar voren dat incidentie en prevalentie van psychische aandoeningen niet veranderen, maar de vraag naar hulp wel.

Is nu het antwoord dat de opdracht aan de Riaggs veranderd moet worden, dat er meer geld moet komen, of dat we naar de ontwikkeling van de vraag moeten kijken.

Vroeger tackelden we de vraag via regulering van het aanbod.

Dat is min of meer verlaten 'policy' (geen politiek, maar beleid).

Nu staat de vraag centraal, dus als die opbloeit kan men de vrager niet blameren.

Er moet wel gepoogd worden om de vraag te begeleiden en zo nodig in te perken, of juist aan te moedigen.

Maar ook dient de aanbodorganisatie en de logistiek op moderne wijze op de vraag in te spelen.

Wellicht moeten we denken over het hermodelleren van het ggz-aanbod. De RVZ heeft daar al voorstellen voor gedaan, zowel in organisatorische sfeer als in financiering (stelsel) en dat is uitgewerkt in het rapport Zorg van Velen.

De inbedding in de algemene gezondheidszorg en de modellering daarnaar kan overwogen worden. Maar voor knelpunten als arbeidsmarkt, ziekteverzuim, capaciteitsplanning moeten algemene maatregelen worden getroffen.

De moderne S.P.D. taak zie ik als volgt:

1. Uitwerken wat de verschillen in maatschappelijke, politieke, kerkelijke en economische contexten zijn tussen vroeger en nu, en de consequenties daarvan voor het sociaal psychiatrisch handelen. Dat is modernisering van de sociale psychiatrie.
2. Goed inspelen op de nieuw ontwikkelde specifieke deskundigheden van de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en de verpleegkundig specialist in de geestelijke gezondheidszorg. Dat betekent: substitutie mogelijkheden bestuderen: kan de moderne SPV-taken, eventueel functies overnemen van de sociaal

- psychiater? (Padt, I. van der, 1999).
3. Kan deze verschuiving een bijdrage leveren aan het capaciteitsprobleem?
 4. Ontwikkelen van een eerstelijns deskundigheid op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. De SPV als articulatie met de eerste lijn, waarin de eerstelijns psycholoog en de maatschappelijk werkende?
 5. De PAAZ-functie nog beter inbedden in de algemene gezondheidszorg. De koppeling tussen intra- en extramuraal via de SPV. Dito voor de APZ waarvan de asielfunctie zeker nodig blijft.
 6. Uitbouwen en moderniseren van de public mental health functie – herpositioneren?
 7. Sociaal-psychiatrische functies en verslavingszorg dichter bijeen brengen. Modernisering van de AWBZ geeft hiertoe de mogelijkheden.
 8. De ambulante (sociale) kinderpsychiatrische functie versterken ten opzichte van klinische kinderpsychiatrie. Samenhang met de jeugdzorg ontwerpen.
 9. Ontwerpen van regionale community based psychiatrisch- en ggz-netwerk van voorzieningen. Daarin speelt de sociale psychiatrie de rol van 'beweger', dat wil zeggen de empowerment van de cliënt ondersteunen.

Kortom: na het dal komt weer een heuvel, na neergang nieuwe bloei.

Literatuurlijst

Hosman, C. en Jané Lopic. Removing the shadows of mental health, in "The evidence of Health Promotion Effectiveness, report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education, 1999, Your Composition and Impression, Paris, France.

Londen, J. van (2001). Opkomst en neergang van de sociale psychiatrie. Kan het boek van de sociale psychiatrie al worden gesloten en terzijde gelegd? Utrecht: Trimbos-instituut.

Padt, van der I. Hoopvol bezorgd.
Eindhoven: NVSPV.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
Advies Ggz in de 21ste eeuw, Zoetermeer,
januari 1998.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
Advies Met zorg wonen, deel 1, Zoetermeer,
juli 1997.

Romme, M.A.J. Tegenstellingen tussen
politiek Den Haag en de sociale psychiatrie.
Vakblad Sociaal Psychiatische
Verpleegkunde, 2001, 20e jaargang, nr. 61,
blz. 23.

Schnabel, P. Over het eigene en aardige van
de ggz, 1987, Inaugurale rede. NCGV.

Thornicroft, G. en G. Szmulker. Textbook of
Community Psychiatry, Oxford University
Press, 2001.

ZorgOnderzoek Nederland. Trimbosinstituut:
preventie van psychische en
gedragsproblemen. Een beknopt overzicht
van de stand van wetenschap.