

GGZ IS TEN ONDER GEGAAN AAN MARKTWERKING EN VERZUILING

Psychiatrie heeft kleinschaliger aanpak nodig

Door allerlei ontwikkelingen is de psychiatrie op een dood spoor beland. Een andere aanpak met kleinschalige ambulante teams, dicht bij de leefwereld van de patiënt en nauw verbonden aan de huisartsenpraktijk, moet soelaas bieden.

De psychiatrie verkeert in een identiteitscrisis.¹ De behandelingen van psychische aandoeningen zijn minder eenvoudig dan werd verwacht. Het effect van richtlijnconforme biologische interventies en psychotherapie valt tegen. Neurowetenschappers blijken (nog) geen transparant model voor het brein te kunnen leveren. En beschikbare verklarende mechanismen zijn niet eenvoudig te linken aan classificatiesystemen. In tegenstelling tot andere medisch specialismen zijn verklaringsmodellen en aansluitende effectieve interventies in de psychiatrie gebaseerd op een interactie tussen biologische, psychologische en contextuele mechanismen.² In de psychiatrie gaat het om multicausale processen die op patiëntniveau een grote variatie kennen.

De psychiatrie schiet tekort in het ondersteunen van het herstel van patiënten en het bevorderen van hun weerbaarheid in de samenleving. Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren moeten we afstand nemen van het technisch-bureaucratische model (ook wel TBM genoemd) dat organisatorisch dominant is in de ggz en in de somatische zorg. Dit model en de DSM-categorisering versterken elkaar in het verder uitsplitsen in stoornissen, aansluitende restrictieve behandelrichtlijnen en financiering met strenge controle en exclusieregels.

Classificatie

In essentie variëren psychiatrische aandoeningen in ernst, frequentie, impact en symptoomprofiel tussen mensen en binnen mensen over de tijd.³ Psychisch lijden is gecontextualiseerd, dat wil zeggen dat lijden verbonden is met waar en in welke

omstandigheden iemand is opgegroeid en momentane omgevingsgerelateerde factoren. Dit is fundamenteel anders dan het gangbare dichotome denken dat mensen indeelt in ziek of niet, gestoord of niet, verward of niet, gek of niet. Het dichotome ordeningsprincipe komt tegemoet aan de behoefte om verantwoordelijkheden te adresseren en zorg efficiënt in te richten. Daartoe wordt het nieuwe classificerende handboek (DSM-5) misbruikt als bron van de dbc-structuur.⁴ Het biedt regels voor indicatie, interventie en financiering. Maar hoewel classificatie conform DSM relevant is, is het slechts een onderdeel van een zorgvuldige psychiatrische diagnose.⁵

De huidige ggz is verdeeld in compartimenten op basis van:

- leeftijd (kinderen, jeugdigen, volwassenen, ouderen);
- classificatie, (zoals programma's voor angststoornissen, psychosen, depressie, persoonlijkheidsstoornissen, bipolaire stoornissen, PTSS, autisme, ADHD, verslaving);
- setting, (zoals ziekenhuis-, forensische en transculturele psychiatrie);
- ernst (POH-ggz, basis-ggz, specialistische ggz);
- vestigingsvorm (zoals erkende ggz-instellingen met en zonder klinische toelating, vrijgevestigde psychiaters en psychologen).

Op een paradoxale manier leidt deze indelingsdrang juist niet tot transparantie. Controle- en verantwoordingsmechanismen verstikken de zorg.⁶ Huisartsen vinden een verwijzing naar de psychiatrie ingewikkeld en patiënten moeten vaak een lange rondgang maken voordat ze op de juiste plek terechtkomen. De psychiatrie is gek geworden.

Schaalvergroting

Het technisch-bureaucratische model was succesvol in een industriële omgeving. Het leek ook een logische keuze die zou leiden tot verbeteringen in de gezondheidszorg. Classificaties volgens DSM werden omgevormd tot 'eenduidige' diagnoses en daaraan verbonden behandelingen. De evidencebased literatuur over behandelingen werd geanalyseerd en detaillistisch uitgewerkt in standaarden voor diagnose en behandeling. Er werd verder gespecificeerd naar leeftijdsgroep, zwaarte van de problematiek, behandelsetting, etc. Elk onderdeel met passende



Bij kleinschaligheid zijn de lijnen kort en de onderlinge contacten tussen hulpverleners persoonlijk.

betaaltitel, beleidsregels voor de uitvoering en voorschriften voor monitoring en verantwoording. Hiermee nam de overheid de politieke verantwoording voor betaalbare, goede geestelijke gezondheidszorg. Het idee was dat de vrije markt vervolgens de balans tussen vraag en aanbod verantwoord zou regelen. De marktwerking in de ggz leidde tot groei in het aanbod. De nieuwe aanbieders richtten zich vooral op specifieke of eenvoudige problemen, het meest risicoarme deel van de ggz-vragen. Dit marktaandeel ging ten koste van de traditionele ggz-instellingen.

Meer aanbod

Het antwoord daarop van veel ggz-instellingen was schaalvergroting en diagnostische specialisatie. Hierdoor bieden tweede- en derdelijns-ggz-instellingen een rijk palet aan gespecialiseerde zorg voor specifieke diagnoses, leeftijdsgroepen en diverse zorgzwaarten. Door de toename in specialistische zorg stijgt de vraag.^{7,8} De marktwerking in de ggz resulteerde daarmee in meer aanbod, meer consumptie en meer kosten. Maar mensen met complexe zorgbehoeften profiteerden hier juist niet van. De opdracht voor zorgverzekeraars was om met kritisch inkoop-

beleid de marktwerking in de goede richting te buigen. Gevolg van het onderhandelen over prijs en aanbod was dat aanbieders risico's meden en moeilijke patiënten uitsloten. De verzekeraars gebruikten financieel-administratieve instrumenten om de levering van zorg conform contractafspraken te sturen. De administratieve last en de controlemechanismen explodeerden.

Kleinschalig

Om verbeteringen in gang te zetten moeten we de kernaspecten van de psychiatrie als vakgebied benoemen:

1. Goed diagnosticeren is meer dan classificeren.⁹ Het gaat om een analyse van het individu, waarbij patiënt en professional samen optrekken.
2. Een probleem beperkt zich vrijwel nooit tot alleen psychiatrische symptomen. Meestal is er ook interactie met persoonlijk en sociaal disfunctioneren.
3. Psychiatrische behandelingen moeten in samenhang worden gepland, uitgevoerd en geëvalueerd.¹⁰

Belangrijk is het voorkómen van overproblemativering door te focussen op concrete interventies die de weerbaarheid verhogen en de kwetsbaarheid minimaliseren.² Dit lukt door de vakbekwaamheid van de behandelaar(en) en de onderlinge afstemming met de patiënt en diens omgeving. Dit vraagt maatwerk, waarbij de deskundigheid zich niet beperkt tot de ggz-professional alleen. Het gaat om professionele psychiatrische zorg in een betekenisvolle maatschappelijke context. Kleinschaligheid staat hierbij centraal, omdat daarin de lijnen kort zijn en de onderlinge

Psychiatrie is in essentie persoonlijke psychiatrie

CASUS: MULTIMORBIDITEIT

De huisarts verwijst een 35-jarige man naar een afdeling voor stemmingsstoornissen. Tijdens de intake blijkt dat de man erg angstig is en veel moeite heeft om zijn huis uit te komen. Hij heeft vaker conflicten, met

name met de burens omdat ze geluidsoverlast veroorzaken. Daar kan hij slecht tegen. Hij wordt verwezen naar de afdeling voor angststoornissen. Tijdens de intake aldaar blijkt dat er een trauma is. De man is als militair uitgezonden naar een oorlogsgebied. Er wordt gedacht aan PTSS (posttraumatisch stresssyn-

droom) en men stelt EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) voor. Bij de therapeut die indiceert voor EMDR blijkt dat de man dagelijks cannabis gebruikt om rust te vinden en te kunnen slapen. Starten met EMDR kan als de verslaving behandeld is. Ze verwijst naar de afdeling Verslavingszorg.

Daar vindt men de problematiek te complex; er is sprake van multiproblematiek op meerdere levensgebieden. Dus volgt een verwijzing naar FACT (*Flexible Assertive Community Treatment*). Hier besluit men de man in zorg te nemen, hoewel het niet de primaire indicatie-setting is.

contacten tussen hulpverleners persoonlijk. Men kent elkaars sterkten en zwakten. Op kleinschalig niveau kunnen ook hulpbronnen, buiten de directe psychiatrische zorg, op een natuurlijke wijze worden betrokken.

Ggz-teams

We moeten ggz-teams introduceren die fungeren als ambulante psychiatrische teams, dicht bij de huisarts, in de leefwereld van de patiënt en dicht bij zijn sociale netwerk. Het team fungeert dan als psychiatrische vraagbaak voor de huisarts en legt de verbinding met gespecialiseerde ggz. Het neemt de zorg drempelloos over als de huisarts dat vraagt. Het behandelt alle psychiatrische problematiek, in het bijzonder als de omgeving van invloed is op het ontstaan en/of onderhouden ervan, of als de omgeving steun heeft. Zo nodig werkt het ggz-team samen met:

1. gespecialiseerde derdelijnsvoorzieningen die in een groter adherentiegebied georganiseerd zijn als er weinig invloed is van de omgeving bij de problematiek;
2. klinische voorzieningen voor open of gesloten opname;
3. topklinische (academische) ziekenhuispsychiatrie, bij zeer complexe vraagstukken.

Elk team is gekoppeld aan een beperkt aantal huisartspraktijken, waardoor men elkaar persoonlijk kent, de contacten laagdrempelig zijn, consultatie snel kan plaatsvinden en op crises kan worden geïnticeerd. De korte lijnen maken samenwerking echt mogelijk waardoor verwijzing directer en preciezer verloopt. Door de inbedding in de wijk kan het ggz-team gebruikmaken van alle voorzieningen in de wijk. Er zijn geen onnodige schotten en voorzieningen worden niet uitgesloten op basis van diagnostische selectiecriteria. De expertise is beschikbaar omdat zorg in samenhang wordt geboden en niet wordt bepaald door de keuze voor een verzuimd zorgcircuit. Verwarde personen worden in de wijk opgevangen door het ggz-team. Voor financiering wordt uitgegaan van het herverdelingsmodel van de beschikbare ambulante capaciteit, zoals uitgewerkt door Delespaul et al.¹¹ Elk lokaal ggz-team is verantwoordelijk voor de psychiatrische zorg in een adherentiegebied van 15.000-20.000 mensen (de wijk). De zorgprevalentie per wijk varieert sterk. Het ggz-team is samengesteld conform de lokale prevalentie en zorgbehoeften,

en bestaat uit ongeveer 15 fte professionals: een psychiater (1 fte), een verslavingsarts (0,25), (gz-)psychologen (2-3), verpleegkundig specialisten en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (5), een ergotherapeut of trajectbegeleider (1), enkele woonbegeleiders en psychiatrisch intensieve thuiszorgverpleegkundigen (4-5) en ten slotte ervaringsdeskundigen (2).

Uitgangspunten

Ontwikkelingen zoals deze vragen een cultuurverandering.

Professionals erkennen:

- dat de DSM-classificatie slechts een onderdeel is van diagnostiek, behandeling en inrichting van de zorg, maar niet allesbepalend;
- dat psychisch lijden gecontextualiseerd is;
- en dat psychiatrie in essentie persoonlijke psychiatrie is, die wordt vormgegeven samen met patiënten, directe omgeving, huisartsen en collega-professionals.

Beleidsmakers erkennen:

- dat kwaliteitsborging voortkomt uit de inhoudelijke investeringen, zoals opleiding, klinische ervaring, collegiale intervisie en onafhankelijke supervisie;
- dat patiënten, professionals, financiers en overheid samen overstijgend zorgbeleid moeten maken;
- dat beleidskeuzes in financiering en gebruik van zorg, niet technisch-bureaucratisch onderbouwd worden, maar gebaseerd moeten zijn op visie, kennis ter zake en hiervan afgeleide (ethische) argumenten;
- dat herinrichting van zorg effectief tot stand komt door met elkaar (nieuwe) praktijk te maken, die zorgvuldig wordt geëvalueerd, bijgesteld en gefinetuned. ■

contact

m.bak@maastrichtuniversity.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

De voetnoten en meer informatie over dit onderwerp vindt u op medischcontact.nl/artikelen.