

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/55100>

Please be advised that this information was generated on 2021-03-05 and may be subject to change.

# Het einde van een sectorale ggz

## Ontwikkelingen, trends en controverses in Nederland

G. J. M. HUTSCHEMAEKERS, B. G. TIEMENS

**ACHTERGROND** In het advies *Zorg van Velen* uit 2002 wordt gepleit voor ontmanteling van de grote geïntegreerde instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (ggz). De minister van Volksgezondheid heeft dit advies overgenomen. Daarmee komt een eind aan dertig jaar beleid dat was gericht op meer samenhang in de ggz. De reacties hierop zijn zeer wisselend.

**DOEL** Beschrijving van ontwikkelingen binnen de ggz en interpretatie van het advies en reacties daarop.

**METHODE** Historische analyse van de Nederlandse ggz sinds 1970 en interpretatie van kengetallen en beleidskeuzen.

**RESULTATEN** De Nederlandse ggz heeft zich ontwikkeld tot één zorgsector; deze ontwikkeling heeft uitgemond in een groot aantal fusies van instellingen. Tegelijkertijd is het aantal aanmeldingen in de tweede en derde lijn fors gestegen, dit in tegenstelling tot het aantal aanmeldingen in de eerste lijn. Inhoudelijk heeft de zorg zich ontwikkeld in de richting van medisch-specialistische zorg, mede als gevolg van schuiven van taken en verantwoordelijkheden tussen disciplines.

**CONCLUSIE** Met de ontwikkeling naar één geïntegreerde zorgsector is de zorg aan mensen met een psychische stoornis gecategoriseerd. Dit heeft geleid tot een forse toename van patiënten in de ggz. Tegelijkertijd heeft het aanbod een sterker medisch-specialistisch karakter gekregen. Daardoor heeft de ggz zich in een onhoudbare spagaat gebracht. Deze spagaatpositie kan worden opgeheven door het onderscheid veel scherper te maken tussen generalistische eerstelijns en specialistische tweedelijns zorg en aansluiting te zoeken bij de algemene gezondheidszorg.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)1, 27-37]

**TREFWOORDEN** beleid, geestelijke gezondheidszorg, geschiedenis, trends

De organisatie van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (ggz) is op orde (Hezewijk 1995; Hezewijk 1999; Höppener & Nolen 2002; Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 1996; Ravelli e.a. 2003; Schene & Faber 2001). Een groot aantal fusies tussen ggz-instellingen heeft geleid tot meer samenhang in het zorgaanbod. In bijna alle regio's zijn regionale centra voor ggz opgezet, die geïntegreerde transmurale zorg bieden aan jeugdigen, vol-

wassenen en ouderen. Voor de gespecialiseerde zorg zijn er daarnaast aparte klinieken, bijvoorbeeld voor eetstoornissen en voor vluchtelingen.

Niet iedereen echter is overtuigd van de kwaliteit van de Nederlandse ggz. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) was de eerste met kritiek: de ggz maakte te weinig inhoudelijke keuzes (RVZ 1996; RVZ 1998). In haar advies aan de minister van Volksgezondheid ging de Landelijke

Commissie Geestelijke Volksgezondheid (Duyvendak e.a. 2002) nog een stap verder door voor te stellen de ggz te ontmantelen en onder te brengen bij de algemene gezondheidszorg. In 2003 nam de minister dit advies over (Hoogervorst 2003). In één pennenstreek leek daarmee een eind te komen aan het op integratie van geestelijke gezondheidszorg gerichte overheidsbeleid.

Vanwaar die tegenstrijdige reacties op de organisatie van de Nederlandse ggz? In dit artikel trachten wij daarop een antwoord te vinden. Na een overzicht van de belangrijkste organisatorische ontwikkelingen vanaf 1970, presenteren wij kengetallen van zorgvraag en zorgaanbod. Daarna gaan wij in op het advies van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid en de belangrijkste reacties daarop. Ten slotte willen wij in de discussie beargumenteren dat het opnieuw tijd wordt om verschil te maken, zowel in de zorg als tussen de disciplines.

## ONTWIKKELINGEN

Vóór 1970 was er geen sprake van een aparte sector voor ggz (Hutschemaekers & Ten Have 1995). Op tal van plaatsen en grotendeels onafhankelijk van elkaar werd zorg geboden. De intramurale zorg werd verzorgd door de psychiatrische inrichtingen en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ). Daarnaast waren er kleine instellingen voor verschillende groepen van ambulante patiënten: de Sociaal Psychiatrische Diensten, de Medisch Opvoedkundige Bureaus voor kinderen en jeugdigen, de Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen voor volwassenen en de Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie; terwijl de zorg voor ouderen met psychogeriatrische problematiek werd verzorgd vanuit de GG & GD (Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst). Van structurele samenwerking tussen deze instellingen was geen sprake, hooguit waren er contacten op basis van de kerkelijke gezindte: katholieken spraken met katholieken, protestanten met protestanten en neutralen met neutralen. Nederland was verzuild (Van der Grinten 1987).

*Vernieuwingen tussen 1970 en 1985* Rond 1970 ontstond de antipsychiatriebeweging (Blok 2004). In Nederland kreeg deze een eigen kleur door voort te bouwen op ontwikkelingen zowel in de ambulante ggz als in de intramurale psychiatrie. In de ambulante zorg waar de ideologie van psychohygiëne, preventie en geestelijke volksgezondheid overheerste, kwam een optimistisch zorgconcept tot ontwikkeling. De belangrijkste exponent hiervan was de vorming van de RIAGG (regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg) in 1982, waarbij de bestaande ambulante instellingen werden samengevoegd. In de geest van de tijd werd de RIAGG een laagdrempelige, vrij toegankelijke voorziening, die veel nadruk legde op psychotherapeutische behandeling. Niet de psychiaters, maar de psychotherapeuten werden er de belangrijkste beroepsgroep. Deze laatste werd in 1986 bij wet als aparte beroepsgroep erkend (Hutschemaekers & Oosterhuis 2004).

Vernieuwing vond ook plaats in de intramurale ggz. In de inrichtingen overheerste de opvatting dat altijd de noodzaak zou blijven bestaan van een intramurale psychiatrie. Psychische aandoeningen vergden langdurige en intensieve zorg. Een ander argument was dat men de tienduizenden bewoners van de inrichtingen niet, zoals in Italië, zomaar op straat wilden zetten. Resultaat was een beweging die zich concentreerde op de modernisering en humanisering van de inrichting. Dit leidde tot de geboorte van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ). Het nieuwe psychiatrisch ziekenhuis legde zich toe op behandeling, zowel voltijdse behandeling als deeltijd- en dagbehandeling, met als gevolg dat de gemiddelde opnameduur verder afnam. Voor de chronische psychiatrische patiënten werden beschermende woonvormen in het leven geroepen. De beschermende woonvormen zouden uitgroeien tot een zelfstandige semimurale poot van geestelijke gezondheidszorg.

*Fusies* Midden jaren tachtig werd een nieuwe groep van patiënten zichtbaar die nu

eens in het APZ verbleef en dan weer – terug in de samenleving – was aangewezen op RIAGG-hulp. De zorg voor deze groep van patiënten vertoonde gaten en velen van hen vielen tussen wal en schip. Met andere woorden: de dubbele vernieuwingsbeweging – RIAGG en APZ – veroorzaakte problemen rond de continuïteit van zorg. Er botsten twee ideologieën en organisatieculturen én er was een wettelijke kwestie: de financiering bood onvoldoende mogelijkheden voor beschermende zorg in de samenleving (Vos & Hutschemaekers 1999).

Tegen die achtergrond ontstond een zorgparadigma dat zich toelegde op continuïteit van zorg. Er ontstond de behoefte om te komen tot een ongedeelde ggz, en wel op geografische (regionale) grondslag. Voor de zorgpraktijk had dit tot gevolg dat de verschillende ggz-instellingen werden aangesproken op hun gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. Dat leidde eerst tot het opzetten van gezamenlijke projecten en later, vanaf de jaren negentig, een groot aantal fusies. Vanuit het perspectief van integratie en samenhang van zorg zijn de ontwikkelingen binnen de Nederlandse ggz toe te juichen. Want wie wil er geen samenhang in een zorg die niet gehinderd wordt door grenzen van instellingen?

## HULPVRAGERS

Welke ontwikkelingen hebben zich in de beschreven periode voorgedaan aan de gebruikerskant van ggz? Uitkomsten van epidemiologisch onderzoek met betrekking tot trends in aard en omvang van psychische problematiek in de bevol-

king zijn niet eenduidig. Op basis van vergelijking van GHQ-gegevens (*General Health Questionnaire*) uit 1983 en 1997 in de regio Nijmegen concluderen Hodiament e.a. (2005) dat de prevalentie van psychische stoornissen aanzienlijk is gestegen. Andere onderzoekers hebben gewaarschuwd voor het gebruik van cross-sectionele data bij het trekken van dergelijke conclusies (Simon e.a. 1995) en deze waarschuwing lijkt terecht. Uit de longitudinale analyses van Meertens (2004) blijkt een fluctuerend beeld, maar geen eenduidige toename.

De cijfers van de zorgconsumptie in Nederland zijn van redelijk goede kwaliteit en goed bruikbaar voor een analyse van trends. Tussen 1980 en 1997 publiceerden de verschillende sectoren hun eigen landelijke jaaroverzichten. Na 1997 veranderde de systematiek van registreren binnen de ggz-instellingen, waardoor vergelijking moeilijker werd. Cijfers van de vrijgevestigden na 1997 ontbreken geheel. De cijfers van na 1997 blijven dan ook buiten de directe analyse.

*Tweedelijns ggz* Tabel 1 geeft de aanmeldings- en opnamecijfers van ggz-instellingen. De jaarincidentie betreft het aantal nieuwe opnamen of aanmeldingen per jaar per 1000 Nederlanders. In 1980 werden 4,2 mensen per 1000 inwoners opgenomen. Bijna 20 jaar later was dit aantal gestegen tot 7,9 per 1000. De stijging deed zich voor bij bijna alle intramurale en semimurale instellingen. Het aantal aanmeldingen in de ambulante ggz is in die periode meer dan verdubbeld.

De jaarprevalentie betreft het aantal nieuwe inschrijvingen plus het aantal reeds aanwezige per 1 januari van dat jaar. Schattingen van deze aantal-

TABEL 1 Opnamen en aanmeldingen in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland in de jaren 1980, 1988 en 1997

	1980	1988	1997
Jaarincidentie			
totaal	17,9	27,8	38,4
intra/semimuraal	4,2	5,3	7,9
extramuraal	13,7	22,5	30,5
Jaarprevalentie	26,6	48,4	69,2
Totaal	383.086	660.518	1.031.250

Incidentie en prevalentie per 1000 Nederlanders  
Bron: Hutschemaekers 2000

TABEL 2 Psychosociale problematiek in de eerstelijns gezondheidszorg in Nederland in de periode 1980-1997			
	1980	1988	1997
Eerstelijns psychologen	0,1	1,1	2,1
Algemeen maatschappelijk werk	4,4	7,5	7,9
Huisartsen	150	110	110/140*
Totaal	154,5	118,6	120/150*

\* Twee verschillende metingen  
Cijfers per 1000 inwoners  
Bron: Hutschemaekers 2000

len zijn weergegeven in de onderste rijen van tabel 1. In 1997 ging het om meer dan een miljoen Nederlanders.

De onvolledige cijfers van na 1997 suggereren dat deze trend zich ook na 1997 heeft doorgezet (Heijnen e.a. 2004): een toename van zowel het aantal ambulante als het aantal klinische aanmeldingen in de ggz.

**Eerstelijnszorg** Tot de algemene eerstelijnszorg voor mensen met psychische en psychosociale problemen rekent men in Nederland de eerstelijns psychologen, het algemeen maatschappelijk werk en natuurlijk de huisartsen. De grootste groeier in de eerste lijn was de eerstelijns psycholoog (zie tabel 2). Ook het aantal aanmeldingen met psychosociale problematiek bij het algemeen maatschappelijk werk steeg in die periode. De toename gold niet voor de huisarts, verreweg de belangrijkste zorgaanbieder in de eerste lijn. Het aantal patiënten dat door de huisarts werd behandeld voor psychische problemen nam na 1980 af van 150 naar 110 per 1000 (Verhaak e.a. 2000).

Bij elkaar opgeteld blijkt dat de betrokkenheid van de generalistische eerste lijn bij de zorg voor mensen met psychische stoornissen de afgelopen jaren is afgenomen (Hutschemaekers 2000). Op basis van de cijfers kan het vermoeden worden uitgesproken dat een groot deel van deze patiënten terecht is gekomen in de geïntegreerde ggz, waardoor deze haar doelgroepen heeft verbreed.

## ZORGAANBIEDERS

De afgelopen jaren is veel energie gestoken in verbetering van de kwaliteit van zorg: direct door

meer scholing van professionals te vragen, indirect door de zorgprocessen beter te stroomlijnen en te komen tot een transparantere inrichting van de zorg.

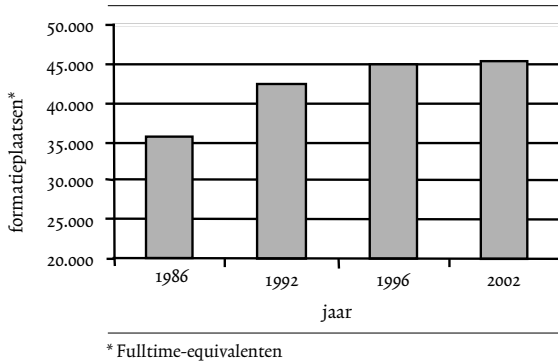
**Arbeidsplaatsen** In 2002 waren in Nederland ruim 1.007.000 mensen werkzaam in de sectoren zorg en welzijn, uitgedrukt in volledige arbeidsplaatsen 704.000 fulltime-equivalent (fte) (Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn, [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)). De ggz-sector telde in 2002 circa 45.400 fte (60.000 mensen). De trend vanaf 1986 is weergegeven in figuur 1.

De totale ggz-personeelsformatie laat tussen 1986 en 2002 een stijging zien van bijna 30%. Deze stijging is minder groot dan de stijging van het aantal aanmeldingen; in 1986 vonden per formatieplaats circa 10 aanmeldingen plaats en in 2000 was dat aantal gestegen tot circa 16,5.

**Disciplines** De cijfers betreffende het aantal professionals binnen ggz-instellingen laten zich niet direct vertalen naar cijfers per discipline (Heijnen e.a. 2004). Wel is duidelijk dat het aantal formeel geregistreerde hulpverleners de afgelopen jaren fors is toegenomen. Dat is niet in de laatste plaats het gevolg van de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG; 1993). De toename van het aantal geregistreerde beroepsbeoefenaren is echter ook een resultante van het beleid van beroepsverenigingen en ggz-instellingen. Zo zijn er op hun instigatie specialistische opleidingen gekomen voor verpleegkundigen en ggz-psychologen. Ook het aantal psychiaters in de ggz laat een stijging zien: sinds 1996 van 1600 tot boven de 2000 ([www.bigregister.nl](http://www.bigregister.nl)).

Ook in de (onderlinge) positionering van de

FIGUUR 1 Formatieontwikkeling in de ggz in Nederland in de periode 1986-2002 (aantallen fte)



disciplines hebben zich verschuivingen voorgedaan. Dat geldt zeker voor de psychotherapeut. De afgelopen jaren zijn heel wat ambulante afdelingen voor psychotherapie opgeheven en ondergebracht bij de grotere afdelingen voor volwassenenzorg. Ook is een aantal klinieken voor klinische psychotherapie gesloten. De positie van de psychotherapeut binnen de geïntegreerde ggz-instellingen is daardoor verzwakt. Veel psychotherapeuten hebben zich vervolgens vrijgevestigd. Een vergelijkbare ontwikkeling heeft zich ook voorgedaan bij de agogische beroepsgroepen in de ggz (maatschappelijk werker, sociaal pedagogisch hulpverlener). In de ambulante praktijk is hun plaats ingenomen door de SPV-er (sociaal-psychiatrisch verpleegkundige), in de klinische praktijk door algemeen-psychiatrisch verpleegkundigen (Hutschemaekers & Neijmeijer 1998).

**Medicalisering** De veranderingen in het beroepenveld sluiten aan bij ontwikkelingen binnen de geïntegreerde instellingen. Hier ligt sinds enkele jaren het accent op verbetering van de interne samenhang van de zorg. Zo wordt op grote schaal gewerkt aan implementatie van kwaliteitssystemen en zorgprogramma's (Verburg & Franx 2000). De nieuwste zorgprogramma's zijn diagnosespecifiek en zoeken aansluiting bij de nieuwe multidisciplinaire richtlijnen (Hutschemaekers 2004).

Samenhang in de zorg is ook gerealiseerd door de uniformering van taal. In de diagnostiek is

dat gebeurd door de toepassing van de DSM, terwijl het aanbod in toenemende mate wordt omschreven in behandelprotocollen en zorgmodules. In toenemende mate lijkt er ook uniformering te zijn in de nomenclatuur van het specialistische medisch-psychiatrische perspectief.

Ook op het gebied van de onderliggende zorgideologie vonden de afgelopen jaren de nodige veranderingen plaats. Binnen de RIAGG was vooral het multidisciplinaire behandelconcept belangrijk, waarbij het psychotherapeutisch perspectief domineerde (Van 't Hof 1996; Hutschemaekers & Neijmeijer 1998). Binnen de psychiatrische ziekenhuizen werd de ideologie bepaald door de sociale en klinische psychiatrie (Hof 1996). De psychiater vervulde hier de rol van 'playing captain' van het interdisciplinaire team. Nog weer anders was de behandelideologie binnen de PAAZ (Jabaaïj & Hutschemaekers 1998). Hier was de hele zorg georganiseerd rondom de medisch specialist: de psychiater.

In de geïntegreerde instellingen kreeg de RIAGG-ideologie nauwelijks voet aan de grond. Dat hing samen met de veranderende kijk op psychische stoornissen en het groeiende aantal aanmeldingen waardoor de multidisciplinaire behandelideologie te arbeidsintensief werd. De visie die dominant werd, bevatte zowel elementen uit de PAAZ als uit de APZ-ideologie, waardoor een medisch-psychiatrische aanpak de bovenhand kreeg (Hutschemaekers & Oosterhuis 2004). Deze beweging werd sterk aangemoedigd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, die in de jaren negentig inzetten op de rol van de psychiater als 'playing captain' en dus de verantwoordelijke voor diagnostiek en behandeling. De ggz heeft zich dus uitdrukkelijk geprofileerd als medisch-psychiatrisch. Dat geldt zeker voor de curatieve zorg. Het geldt waarschijnlijk ook, zij het in minder mate, voor de care-sector. Want ook hier is men gaan werken met diagnosespecifieke programma's, en ook hier heeft de psychiatrische nomenclatuur de overhand gekregen.

## DE LANDELIJKE COMMISSIE GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID

In 2002 verscheen het advies *Zorg van Velen* van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid (Duyvendak e.a. 2002). Daarin werd voorgesteld de geïntegreerde ggz te ontmantelen en onder te brengen bij de algemene gezondheidszorg. De analyses van de commissie laten zich goed begrijpen in het licht van de hierboven beschreven ontwikkelingen in de ggz: integratie van instellingen, verbreding van doelgroepen en toespitsing van het aanbod op een medisch-specialistische aanpak.

**Categorisering** Vertrekpunt van analyse is hier het zoeken van verklaringen voor de sterk stijgende vraag naar ggz (zie tabel 1). Er zijn geen aanwijzingen dat deze verklaard kan worden uit een stijging van de prevalentie, althans niet voor een zodanige stijging. Naast een verschuiving van eerste- naar tweedelijns zorg constateert de commissie dat de zorg voor mensen met psychische problemen in toenemende mate een zaak is geworden van ggz-professionals. Andere professionals, onder wie huisartsen, leerkrachten, buurtwerkers, politie, en rechtelijke macht, schakelen steeds sneller tweedelijns professionals in. Eenzelfde trend zien we bij burgers die zorg in toenemende mate overlaten aan professionals die daarvoor zijn opgeleid (Raad voor Maatschappelijke Opvang 2000, 2002). De commissie brengt deze ontwikkelingen samen onder de noemer van 'categorisering' van zorg: de zorg voor mensen met psychische stoornissen wordt in toenemende mate het exclusieve domein van de tweedelijns professionele ggz. Deze categorisering is niet uitsluitend het gevolg van deze autonome krachten, ook de ggz zelf draagt verantwoordelijkheid. Jarenlang heeft zij burgers gestimuleerd om zich met klachten bij de ggz te melden, zonder daarbij de vraag te stellen welke rol de patiënt zelf, de mantelzorgers en de andere professionals hierbij moeten vervullen. Voorbeelden hiervan zijn kortdurende zorg aan de voordeur, of pro-

jecten rond rampen, slachtofferhulp en arbeidshulpverlening.

**Categorisering werkt als een spiraal** Mantelzorgers (nulde lijn) verwijzen sneller naar de eerste lijn en deze maakt sneller plaats voor de tweede lijn. Op hun beurt constateren professionals in de tweede lijn sneller gaten in nulde en eerste lijn en springen ze sneller in. Zelfs hun pogingen om de nulde en de eerste lijn te versterken krijgen zo het paradoxale effect dat ze die juist verzwakken. Een voorbeeld daarvan is het grote aantal consultatieprojecten bij huisartsen, die vanaf 1998 ontstonden om de eerstelijns ggz te versterken, maar vooral een aanzuigende werking hebben gehad op de ggz (Verhaak e.a. 2003).

Het netto-effect van categorisering is dat de nulde en de eerste lijn zich terugtrekken uit de zorg, die zo steeds meer een 'zorg van enkele professionals' wordt. Om het tij te keren, adviseert de commissie dat de ggz samen met andere professionals en burgers nieuwe zorgarrangementen opstelt die recht doen aan verschil in deskundigheid en dus onderscheid maken tussen zelfzorg, mantelzorg, generalistisch-professionele en specialistische zorg.

**Homogenisering van het zorgaanbod** Hoe heeft de tweedelijns ggz gereageerd op de verbreding van doelgroepen en de sterke stijging van het aantal hulpvragers? Enerzijds heeft de ggz stilzwijgend haar zorgaanbod uitgebreid (additieve ggz). Anderzijds is er een tegenovergestelde beweging: de ggz-instellingen hebben de zorg voor mensen met een psychische stoornis gehomogeniseerd door versterking van het psychiatrisch-specialistische regime met enerzijds nadruk op curatieve taken (medisch-psychiatrisch) en anderzijds oog voor de chronische psychiatrische patiënt (sociaal-psychiatrisch). Die psychiatrische ideologie is gemeengoed geworden binnen de geïntegreerde instellingen. De toespitsing in de tweedelijns ggz op de psychiatrisch-specialistische benadering had er eigenlijk toe moeten leiden dat de ggz haar doelstellingen had beperkt en zich was gaan on-

derscheiden van andere zorgaanbieders in nulde en eerste lijn.

Kenmerkend voor een goed functionerende eerste lijn is dat klachten primair binnen een context worden geplaatst en begrepen (Van Weel 2001). Genezing wordt in sterke mate overgelaten aan natuurlijke herstelprocessen. De eerste lijn ondersteunt die processen met een psychosociale interventie of met medicatie. Daarbij passen begrippen als 'watchful waiting' en 'empowerment'. Zo'n zorg is laagdrempelig en heeft een sterke inbedding in de directe leefwereld.

Een goed functionerende tweede lijn komt pas in actie als genezing uitblijft: het is dan de taak van de medisch specialist om daarvoor een verklaring te vinden en te komen met een alternatieve behandeling. Hij moet veel meer oog hebben voor details en hij moet daarvoor gebruikmaken van complexere diagnostische instrumenten. In de regel is de behandeling ook complexer. Zo'n zorg vraagt een hoge drempel, mede door het veel invasievere karakter ervan. Zo'n zorg vraagt ook een lage drempel aan de achterdeur – terug naar de eerste lijn.

Het probleem van de Nederlandse ggz zit niet in de specialisering als zodanig, maar wel in het feit dat deze samenvalt met de terugtrekken van de burger als mantelzorger en de ontmanteling van de eerste lijn. De kracht van generalistische eerstelijns zorg wordt niet benut.

**Aanbevelingen** De aanbevelingen van de commissie zijn verstrekkend. De categorisering moet worden opgeheven door de ggz een zorg van velen te maken, van zowel burgers, generalistische eerstelijns professionals en tweedelijns specialisten. Deze decategorisering kan worden gerealiseerd door opnieuw een scherper onderscheid te maken tussen de generalistische eerste lijn en de specialistische tweede lijn. De commissie pleit ervoor een deel van de taken (en de bijbehorende formatie) van de geïntegreerde ggz-instellingen over te brengen naar de generalistische eerste lijn en een deel naar de specialistische somatische gezondheidszorg. De uiterste

consequentie hiervan is de ontmanteling van de grote ggz-instellingen.

**Reacties** Het advies van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid heeft veel reacties opgeroepen, vooral binnen de ggz-sector zelf. Kritiek is er van de managers van de grote ggz-instellingen (Gibbels 2004; Verbraak 2002). Naast teleurstelling en verbittering is er grote zorg dat de chronisch psychiatrische patiënt kind van de rekening wordt. GGZ Nederland deelt deze kritiek (GGZ Nederland 2003).

Het oordeel van de verschillende beroepsverenigingen is positiever. De huisartsen hechten veel waarde aan versterking van generalistische zorg met veel aandacht voor de context, continuïteit van zorg, vermaatschappelijking van zorg, persoonsgerichte benadering, en het voorkomen van medicalisering (Landelijke Huisartsen Vereniging/Nederlands Huisartsen Genootschap 2002). De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) onderschrijft de noodzaak tot diversificatie van het hulpaanbod en een duidelijker onderscheid tussen generalistische en specialistische zorg. Met de introductie van 'stepped-care-programma's' zou dat gerealiseerd kunnen worden. Ook stemt de vereniging in met het voorstel tot ontmanteling van ggz-instellingen en het onderbrengen van ggz-functies in de algemene (somatische) gezondheidszorg (Koerselman 2002; Van Tilburg 2002).

Als laatste in de rij heeft de minister van Volksgezondheid zijn standpunt bepaald (Hoogervorst 2003). Ondanks de vele kanttekeningen en bezwaren neemt hij de conclusies van de commissie over. De ggz moet niet langer het exclusieve domein blijven van de grote regionale instellingen. Er moet een nieuwe organisatie komen waar de samenhang met eerste- en tweedelijns instellingen uit de algemene gezondheidszorg voortvloeit.



## DISCUSSIE: MAAK VERSCHIL!

Zowel de minister als de commissie pleiten voor aansluiting van de ggz bij de algemene gezondheidszorg. Uitdrukkelijk voegen ze daaraan toe dat een dergelijke koppeling vooral moet leiden tot echelonnering van zorg. Dit lijkt oude wijn in oude zakken. Hebben we deze discussie niet al eens gevoerd in de jaren tachtig (Lieshout & Stoelinga 1988)? Ja, we hebben lang geprobeerd eerste- en tweedelijns problematiek, lichte en zware, met en zonder DSM-stoornis, te onderscheiden. Echter, niet het onderscheid in soorten van problematiek, maar in de aard van de zorg in nulde, eerste, tweede en derde lijn moet centraal komen te staan. Erkenning van het principiële verschil tussen deze zorgvormen moet ook een erkenning van complementariteit betekenen. Het is dus niet zo dat het ene echelon ongestraft het andere kan vervangen. In de nulde lijn gaat het over informele (niet-professionele) zorg, de eerste lijn biedt generalistische contextuele zorg, de tweede lijn staat voor het medisch-specialistische perspectief en de derde lijn heeft een categorale werkwijze. Erkenning van die tijdsvolgordelijkheid, de meest simpele interpretatie van stepped care, betekent dat er onderscheid is in doelen en functies van de verschillende echelons. Door die helder te benoemen wordt ook duidelijk wanneer van het ene echelon moet worden doorverwezen naar het volgende. Het vaststellen van heldere doelen, functies, en aan de doelen gekoppelde evaluatiemomenten kan enerzijds voorkomen dat te snel wordt doorverwezen en anderzijds dat te lang op dezelfde weg wordt doorgegaan terwijl deze geen resultaat oplevert.

Erkenning van verschil speelt ook tussen hulpverleners. Daarbij gaat het in eerste instantie om het onderscheid tussen ervaringsdeskundige, mantelzorger en professional. Vervolgens gaat het over verschillen tussen professionals onderling. Elders heeft de eerste auteur van deze bijdrage een pleidooi gehouden voor duidelijker onderscheid tussen disciplines in de ggz (Hutschemaekers & Neijmeijer 1998). Wat ons betreft moet daar ver-

volgens ook het verschil tussen generalist en specialist aan worden toegevoegd. Daarbij gaat het over deskundigheden, over de plaats binnen de echelons en over verantwoordelijkheden. Erkenning van verschil betekent vervolgens ook erkenning van eigen vocabulaires, eigen diagnostiek en eigen interventies. Daarmee is niet gezegd dat er geen gemeenschappelijke vaktaal mag zijn, maar wel dat de huidige dominantie van het medisch-psychiatrische discours voorbijgaat aan de erkenning van verschil en complementariteit. Een generalist moet vooral een contextuele insteek hantieren en vanuit de breedte werken, een specialist juist vanuit een beperkt perspectief en de diepte ingaan. Heel mooi wordt dat onderscheid zichtbaar in de discussie over de SEH-afdeling (spoedeisende hulp) van een algemeen ziekenhuis die als huisartsenpost fungeert. De afgelopen jaren is duidelijk geworden dat een specialist als poortwachter op de SEH veel onnodig onderzoek laat doen met alle risico's van dien. Het onderscheid tussen generalist en specialist is te lang onderbelicht gebleven, te lang ook hebben wij gedacht dat het oordeel van de specialist altijd beter is dan dat van de generalist.

Deze stelling heeft niet alleen gevolgen voor de beroepsgroep van psychiaters, ook bij de nieuwe specialistische opleidingen van verpleegkundig specialist ggz en klinisch psycholoog (artikel 14 wet BIG) moet men zich terdege afvragen of we toch niet te veel met een verkeerd beeld van de specialist zitten. Te vaak wordt de specialist nog gezien als iemand die alleen maar meer van hetzelfde weet dan de generalist (de specialist als supergeneralist).

De erkenning van verschil geeft aanleiding tot heel wat controversiële uitspraken, zeker zodra het over de beroepsgroep van psychiaters gaat. De discussies binnen de NVVP over generalist versus specialist zijn daar een mooie illustratie van. Een kleine stap verder is de vraag of psychiaters binnen de ggz-instellingen wel de juiste taken vervullen? Een psychiater, tot nu toe de enige medische specialist binnen de ggz, zou eigenlijk pas in beeld moeten komen als de zorg van andere (meer generalis-

tische) hulpverleners onvoldoende resultaat sorteert. Vanuit datzelfde perspectief is de dominantie van de medisch-psychiatrische denkwijze binnen de geïntegreerde ggz-instellingen al even onwenselijk. Het scheidt ten onrechte homogeniteit, en, wat nog erger is: het doet onrecht aan de specifieke deskundigheid van de psychiater ... en daarmee ook van andere disciplines.

## LITERATUUR

- Blok, G. (2004) *Baas in eigen brein. Antipsychiatrie in Nederland 1965-1985*. Proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Duyvendak, J., Hutschemaekers, G., van Londen, J., e.a. (2002). *Zorg van velen. Eindrapport Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- GGZ Nederland. (2003). *Samenhang en continuïteit. Een reactie van GGZ Nederland op Zorg van Velen* (pp. 8). Utrecht: GGZ-Nederland.
- Gibbels, M. (2004) *Zijn of niet zijn. De toekomst van de GGZ*. *Zorgvisie*, 32-33.
- Grinten, T. van der. (1987). *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een historisch beleidsonderzoek*. Baarn: Ambo.
- Heijnen, H., Faber, E., Mulder, E., e.a. (2004). *Prestaties tellen in de GGZ 2001-2002*. Utrecht: GGZ-Nederland.
- Hezewijk, W.J.M. van. (1995). *Fusie algemeen psychiatrisch ziekenhuis en Riagg: een Tilburgs experiment*. *Medisch Contact*, 50, 389-390.
- Hezewijk, W.J.M. van. (1999). *Over de herintegratie van klinische en sociale psychiatrie. Twee transmuraliseringsprojecten*. Proefschrift. Tilburg: KUB.
- Hodiamont, P.P., Rijnders, C.A., Mulder, J., e.a. (2005). *Psychiatric disorders in a Dutch Health Area: a repeated cross-sectional survey*. *Journal of affective disorders*, 84, 77-83.
- Hof, S. van 't. (1996). *Een ambt hoog en subtiel. Psychiaters over psychiatrie. 1971-1996*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Hoogervorst, H. (2003) *Standpunt rapport Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid*. [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl).
- Höppener, A., & Nolen, W. (2002). *Towards integration of Mental Health Services*. In G. Schrijvers (Red.), *Health and health care in the Netherlands* (pp. 157-170). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Hutschemaekers, G.J.M. (2004). (10 december 2003). *Multidisciplinary guidelines in Dutch mental health care. Plans, bottlenecks and possible solutions*. *International Journal of Integrated Care*, 5, ISSN 1568-4156. [www.ijic.org](http://www.ijic.org).
- Hutschemaekers, G.J.M. (2000). *Wordt Nederland steeds zieker? Kenngetallen en achtergrondanalyses*. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 55, 314-335.
- Hutschemaekers, G.J.M., & ten Have, M. (1995). *Geestelijke Gezondheidszorg in beeld*. Utrecht/Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hutschemaekers, G.J.M., & Neijmeijer, L. (1998). *Beroepen in Beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hutschemaekers, G.J.M., & Oosterhuis, H. (2004). *Psychotherapy in the Netherlands after the Second World War*. *Medical History*, 48, 429-448.
- Jabaaij, L., & Hutschemaekers, G.J.M. (1998). *Vraag en aanbod in de Paaz. Een praktijkstudie vanuit het perspectief van patiënten en behandelaars op de psychiatrische afdeling van algemene ziekenhuizen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Koerselman, F. (2002) *Zorg van Velen: een baanbrekend advies*. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 489-502.
- Landelijke Huisartsen Vereniging/Nederlands Huisartsen Genootschap. (2002). *Reactie van LHV en NHG op Zorg van Velen*. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Lieshout, P.A.H., & Stoelinga, B. (1988). *Echelonnering in de geestelijke gezondheidszorg: een historische vergissing*. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 43, 243-253.
- Meertens, V. (2004). *Depressive symptoms in the general population. a multifactorial social approach*. Proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Raad voor Maatschappelijke Opvang. (2000). *Aansprekend burgerschap*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Opvang.
- Raad voor Maatschappelijke Opvang. (2002). *Werken aan balans. Remedies tegen burn-out*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Opvang.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (1998). *Geestelijke Gezondheidszorg in de 21e eeuw* (pp. 105). Zoetermeer: Raad Voor de Volksgezondheid & Zorg.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (1996). *Thuis in de GGZ. Zorg, wonen en welzijn voor psychiatrische patiënten die langdurig van zorg afhankelijk zijn* (pp. 180). Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
- Ravelli, D.P., Buwalda, V.J.A., Slooff, C.J.A.J., e.a. (3 februari 2003). *Do integrated mental healthcare organisations facilitate process quality in the treatment of people with schizophrenia and related psychoses?* *International Journal of Integrate Care*, 5, ISSN

- 1568-4156.
- Schene, A.H., & Faber, A.M. (2001). Mental health care reform in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*(Suppl. 410), 74-81.
- Simon, G.E., VonKorff, M., Ustun, T.B., e.a.(1995). Is the lifetime risk of depression actually increasing? *Journal of Clinical Epidemiology*, 48, 1109-1118.
- Tilburg, W. van. (2002). *Reactie Rapport 'zorg van velen'*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Verbraak, P. (2002). Fileren en afserveren. *Psy*, 6,17-18.
- Verburg, H., & Franx, G. (2000). Programma's in de volwassenenzorg - een update. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 55, 800-812.
- Verhaak, P., van Lisdonk, E., Bor, H., e.a. (2000). GP's referral to mental health care during the last 25 years. *British journal of general practitioners*, 50, 307-308.
- Verhaak, P.F.M., Zantinge, E.M., van den Berg, J.F., e.a. (2003). Drie jaar ervaring met Consultatieregeling GGZ ten behoeve van de eerstelijns. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 58, 547-558.
- Vos, P., & Hutschemaekers, G. (1999). De randen van de geestelijke gezondheidszorg. Overheid en geestelijke gezondheidszorg in permanente dialoog over de grenzen van de zorg. In T. van der Grinten (Red.), *Handboek structuur en financiering gezondheidszorg III* (pp. 1-40). Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom.
- Weel, C. van. (2001). Context en medisch handelen. Een visie vanuit de huisartspraktijk. *Huisarts & Wetenschap*, 44, 494-497.

## AUTEURS

G.J.M. HUTSCHEMAEKERS is psycholoog en hoogleraar professionalisering van ggz aan de Radboud Universiteit Nijmegen en directeur GRIP (Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering) te Arnhem. Hij was secretaris van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid

B.G. TIEMENS is epidemiologe en senior wetenschappelijk onderzoeker bij GRIP (Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering) te Arnhem.

Correspondentieadres: dr. G.J.M. Hutschemaekers, GRIP - Gelderse Roos, Postbus 27, 6870 AA Renkum.

E-mail: G.Hutschemaekers@degelderseroos.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-1-2005.

## SUMMARY

Dismantling of the mental healthcare sector. Developments, trends and controversies – G.J.M. Hutschemaekers, B.G. Tiemens –

**BACKGROUND** The advisory document 'Zorg voor Velen '(Care of Many) (2002) calls for the dismantling of the large integrated mental healthcare institutions in the Netherlands. The minister of Health has taken the advice contained in that document, thus bringing to an end a period of thirty years when policy was directed towards more cohesion in the mental healthcare services. The reactions to this change in policy vary tremendously.

**AIM** To describe developments within the mental healthcare system and to interpret the advice that was offered and the reactions to it.

**METHOD** A historical analysis of the Dutch mental healthcare service since 1970 and an interpretation of the indicators and policy choices.

**RESULTS** The Dutch mental healthcare service has developed into one large healthcare sector and as a result many institutions have been forced to merge. At the same time the number of patients in this sector has increased dramatically, whereas the number of psychiatric patients in primary care has decreased. Meanwhile, care has moved in the directions of medically specialised care, partly because tasks and responsibilities have been transferred from one discipline to another.

**CONCLUSIONS** The movement towards one large single integrated care sector has led to the categorisation of care for the mentally ill and has increased the number of patients in the mental healthcare sector. Treatment has become more medicalised and specialised. As a result the mental healthcare system has found itself in an intolerable situation. The situation can only be resolved if a much sharper distinction is made between general primary care and specialised secondary care and if steps are taken to forge links with general health care.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)1, 27-37]

**KEY WORDS** history, mental health care, policy, trends