

MEMIC  
Documentatie

X

gezondheids-  
statistiek

WM 29.814

De Geestelijke gezondheidszorg:

goed voor verbetering

Paul Schnabel

## Inhoud

1. Kiezen voor de GGZ
2. Psychische stoornissen: in de geestelijke gezondheidszorg en in de bevolking
  - 2.1 Meer zorg, meer vraag
  - 2.2 Meer gegevens, meer inzicht
  - 2.3 In behandeling bij de GGZ: één op de vijftwintig Nederlanders
  - 2.4 Aan de grenzen van de GGZ
  - 2.5 Psychische stoornissen in 1997: één op de vijf Nederlanders
  - 2.6 Het gewicht van psychische stoornissen
  - 2.7 De kosten van de geestelijke gezondheidszorg
3. Mensen leven maar één keer
  - 3.1 De ziekte, de zieke en het ziek zijn
  - 3.2 Lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg: een vergelijking
  - 3.3 De domeindiscussie
  - 3.4 Tijd van leven en leven in de tijd
  - 3.5 Levensproblemen
  - 3.6 Zo goed mogelijk leven
4. Het domein en het bereik van de GGZ
  - 4.1 Het domein van de GGZ
  - 4.2 Consensus over de classificatie van stoornissen
  - 4.3 Van classificatie naar diagnose
  - 4.4 Het bereik van de geestelijke gezondheidszorg
  - 4.5 Meer behandelingsmogelijkheden
  - 4.6 Anders dan behandeling
5. Beleid, vraag en aanbod in de GGZ
  - 5.1 Waardering voor het GGZ-beleid
  - 5.2 Erkenning van de hulpvraag
  - 5.3 Ontwikkeling van het hulpaanbod
  - 5.4 De lasten en de lusten
6. Wat goed was voor de GGZ en wat nog beter kan
  - 6.1 Het principe van de regionale verantwoordelijkheid
  - 6.2 De wenselijkheid van openbare geestelijke gezondheidszorg
  - 6.3 De praktijk van een gemeenschappelijke financieringsgrondslag
  - 6.4 Het ideaal van de zorg op maat
  - 6.5 De versterking van de positie van de patiënt
  - 6.6 De noodzaak van bevordering van de deskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg
  - 6.7 Ander overleg met het veld

## 1. Kiezen voor de GGZ

In 1998 zijn er verkiezingen voor de Tweede Kamer, de Provinciale Staten en de Gemeenteraden, in 1999 ook voor de Provinciale Staten. Op al deze niveaus heeft men ook met de geestelijke gezondheidszorg te maken. Voor de gemeenten speelt sterk het vraagstuk van de opvang van dak- en thuislozen, onder wie een relatief groot aantal psychiatrische patiënten, en van de zorg voor drugsverslaafden. In haar brief over de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (1997) geeft de Minister van VWS aan hoe op gemeentelijk niveau de samenwerking tussen GGD en GGZ gestalte dient te krijgen. De provincies zijn nu nog medeverantwoordelijk voor de planning van de psychiatrische ziekenhuizen en in de toekomst voor de coördinatie van de totstandkoming van regiovisies voor de GGZ. Die zullen door de Minister geïntegreerd worden in een omvattende sectorale zorgvisie op de GGZ die in 1998 naar de Tweede Kamer zal gaan. In de Beleidsbrief Geestelijke Gezondheidszorg (1997) heeft de minister al duidelijk gemaakt wat naar haar oordeel de belangrijkste thema's zijn voor de toekomstige koers van de GGZ: de vernieuwing van het zorgaanbod; de GGZ en de compartimentering; de opvang van de toenemende vraag naar GGZ-hulpverlening; de plaats van de cliënt, de taakverdeling binnen de GGZ-disciplines en de rationalisering van de GGZ-hulpverlening.

In en om de geestelijke gezondheidszorg vinden dit jaar discussies plaats over het domein van de GGZ, de mogelijk te beperkte reikwijdte van de Wet-BOPZ (die de gedwongen opnemingen regelt), de eventuele wenselijkheid van het zetten van een verticale 'knip' in de financiering van de GGZ (niet meer alles in de AWBZ) en een horizontale 'knip' in de functies door een scheiding van zorg, wonen en welzijn in de GGZ.

De GGZ is een grote sector, maar binnen het totaal van de gezondheidszorg niet beeldbepalend. Dat is niet alleen een kwestie van grootte of geld (ongeveer 7-8% van de kosten in de gezondheidszorg), maar ook van de eigen aard van psychische problematiek. De GGZ past niet naadloos in het model van de lichamelijke gezondheidszorg. Mede daardoor is buiten de eigen kring over de GGZ relatief weinig bekend en bestaan er nog altijd hardnekkige vooroordelen over deze sector. In deze brochure wordt een profiel geschetst van het eigen karakter van de GGZ, een indruk gegeven van de omvang van het domein van de GGZ en een overzicht geboden van wat er inmiddels kwantitatief bekend is over het voorkomen van psychische stoornissen, het gebruik dat er van de hulpverlening gemaakt wordt en de effectiviteit van de interventies. We zullen nader ingaan op de bijdrage die de GGZ levert aan de bevordering van de volksgezondheid in ons land en op de wijze waarop het beleid van de rijksoverheid het leveren van die bijdrage mede mogelijk heeft gemaakt. Door nader te omschrijven wat er in dat beleid in de afgelopen decennia goed is geweest voor de GGZ, willen we enerzijds ook duidelijk maken wat voor de toekomst in ieder geval voor de GGZ behouden zou moeten blijven en anderzijds helpen aangeven wat nog verbeterd kan worden.

Deze brochure is een pleidooi voor voortzetting op hoofdlijnen van het beleid, zoals dat bijna 25 jaar geleden met de Structuurnota Gezondheidszorg van Staatssecretaris Hendriks is begonnen. Hoewel achteraf gezien juist in de GGZ veel van de doelstellingen van de Structuurnota gerealiseerd zijn, gaat het hier niet om de letter van dat beleid - en van dat van de bewindspersonen na Hendriks - maar om het behoud van een goed functionerende en zich nog steeds verder ontwikkelende hulpverlening, die toenemend in samenspraak tussen overheid, veld en financiers tot stand is gekomen.

Kenmerkend voor de ontwikkeling van de GGZ in deze tijd is een sterk sturende en stimulerende rol van de rijksoverheid geweest. De overheid is zich ook steeds meer bewust geworden dat de GGZ een sector is die niet alleen hulp biedt op verzoek van een individuele patiënt, maar ook een bredere maatschappelijke opgave heeft. De sterke betrokkenheid van de rijksoverheid is - bij alle wisselingen in het beleid - voor de geestelijke gezondheidszorg bijzonder belangrijk geweest. De zorg voor de chronische psychiatrische patiënten is sterk verbeterd en tegelijkertijd is de geestelijke gezondheidszorg van marginale sector tot een belangrijk gebied van de gezondheidszorg geworden. Voor veel meer mensen is de geestelijke gezondheidszorg toegankelijk en bereikbaar geworden en in steeds meer situaties is de geestelijke gezondheidszorg ook in staat adequaat hulp te verlenen. De dubbele lijn van het geestelijke gezondheidszorgbeleid

- betere zorg voor 'oude' patiënten en goede zorg voor 'nieuwe' patiënten - moet ook in de toekomst worden doorgezet.

In alle hoogontwikkelde samenlevingen wordt de volksgezondheid in toenemende mate bepaald door de geestelijke gezondheid. Een goede geestelijke gezondheid hoort doel te zijn van het overheidsbeleid en een goede geestelijke gezondheidszorg is nodig om dat doel te kunnen bereiken en vast te houden.

## 2. Psychische stoornissen: in de geestelijke gezondheidszorg en in de bevolking

### 2.1 Meer zorg, meer vraag

Ieder jaar doen er meer mensen een beroep op de geestelijke gezondheidszorg. Vergeleken met 25 jaar geleden worden er nu meer dan twee keer zoveel mensen per jaar in een psychiatrisch ziekenhuis of in een psychogeriatrisch verpleeghuis opgenomen. Het aantal opnames in verslavingsklinieken en het aantal psychiatrische patiënten in deeltijdbehandeling is zelfs meer dan drie keer zo hoog geworden, terwijl de RIAGG's per jaar nu meer dan vier keer zoveel patiënten zien als hun voorlopers in het midden van de jaren zeventig.

Het is niet zo gemakkelijk deze cijfers goed te interpreteren. Er zijn tussen 1973 en nu vele duizenden bedden in de verpleeghuissector bijgekomen. Dat kon, dankzij de AWBZ, maar was noodzakelijk omdat door de veroudering van de bevolking het aantal demente bejaarden zeer snel is gestegen. De algemene psychiatrische ziekenhuizen hebben nu niet meer bedden en plaatsen dan twintig jaar geleden, maar er verblijven minder chronische patiënten en de andere patiënten worden gemiddeld sneller ontslagen. Het aandeel van de verstandelijk gehandicapten onder de verblijfspatiënten van het psychiatrisch ziekenhuis was in 1977 nog relatief hoog. De psychiatrische deeltijdbehandeling - de patiënt slaapt en eet thuis - heeft sinds 1973 sterk aan populariteit gewonnen, zowel ter vervanging, ter voorkoming als ter afronding van een opname. De drugsproblematiek vooral heeft tot een vergroting van het aantal bedden en plaatsen in de verslavingsklinieken geleid. In 1973 begonnen zich de problemen met vooral harddruggebruik (heroïne) ook nog maar net te manifesteren. De oprichting van RIAGG's in heel Nederland in 1982 heeft de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor veel meer mensen bereikbaar en beschikbaar gemaakt. In de jaren zeventig was daar een grote ontwikkeling op het gebied van de psychotherapie (meer vormen van psychotherapie, meer psychotherapeuten, meer psychotherapiecliënten) aan vooraf gegaan. In de jaren tachtig zou het zwaartepunt van de aandacht van de RIAGG's geleidelijk weer meer naar de sociale psychiatrie verschuiven.

Een belangrijk element in het overheidsbeleid zoals dat sinds de Structuurnota Gezondheidszorg ten aanzien van de GGZ is gevoerd, is gericht geweest op een betere spreiding en gemakkelijker toegankelijkheid van de GGZ over het land. De ambulante vormen van zorg, tot 1970 confessioneel bepaald, waren vooral in enkele grote steden goed ontwikkeld (maar in Amsterdam en Utrecht bijvoorbeeld weer veel beter dan in Rotterdam of Den Haag), terwijl de grote psychiatrische ziekenhuizen meestal ver buiten de steden lagen en ook niet specifiek verantwoordelijk waren voor de psychiatrische zorg in een bepaald gebied.

In de afgelopen 25 jaar is het aanbod aan zorg toegenomen, kwalitatief en kwantitatief, maar het aanbod is ook meer gedifferentieerd geworden en beter beschikbaar gekomen. De vraag naar zorg is eveneens toegenomen, omdat de GGZ meer te bieden heeft en het vragen van GGZ-hulp meer geaccepteerd is geraakt. Er zijn in de samenleving - en door de politiek ondersteund - ook nieuwe probleemgebieden (seksueel misbruik, psycho-traumatisering) en nieuwe doelgroepen (etnische minderheden) aangewezen, die om de ontwikkeling van nieuwe vormen van benadering en behandeling vragen.

Zoals overal bepaalt het aanbod tot op zekere hoogte de vraag, maar juist in de GGZ kan men zeggen dat het aanbod een bestaande behoefte mede de kans heeft gegeven vraag te worden en ook heeft laten zien waar de vraag eigenlijk ligt. Het psychische leed zelf was er altijd al en hoewel vaak onzichtbaar, onherkend en vooral onbespreekbaar, toch altijd voelbaar.

### 2.2 Meer gegevens, meer inzicht

Over de GGZ is zowel als organisatie als hulpverleningsvorm lange tijd weinig bekend geweest. Vergeleken met de landen om ons heen, heeft Nederland inmiddels al wel een goede registratie van het gebruik van de geestelijke gezondheidszorg opgebouwd, maar er zijn nog steeds belangrijke witte plekken. Zo is het onzeker hoeveel mensen er gebruik maken van de diensten van een zelfstandig gevestigde psychiater of psycholoog en is ook het bezoek aan een psychiatrische polikliniek van een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis onvoldoende gedocumenteerd. Over het aanzienlijke gebruik van de diensten van

alternatieve genezers - het onderscheid tussen lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg is dan overigens nauwelijks meer te maken - is nog zeer weinig bekend. Een eerste peiling heeft laten zien dat het aantal cliënten in de alternatieve sfeer ongeveer zo hoog is als het aantal nieuwe inschrijvingen bij de RIAGG-volwassenenzorg. Het gaat om minstens 2 à 300.000 mensen.

Een typisch registratie-probleem van de GGZ is dat veel mensen op jaarbasis van meer dan één voorziening gebruik maken (bijvoorbeeld eerst bij een RIAGG komen, vervolgens worden opgenomen in een APZ en daarna verder gaan in een instelling voor deeltijdbehandeling). In iedere nieuwe instelling wordt men weer opnieuw als patiënt ingeschreven en dus ook als zodanig in de statistiek meegeteld. Op enkele plaatsen in Nederland bestaat wel een 'casusregister', dat per patiënt het gebruik van de voorzieningen vastlegt, maar dat omvat weer niet de hulpverlening door zelfstandig gevestigden, en heeft ook geen verbinding met het somatische zorggebruik (huisarts, ziekenhuis). De beperkte registratie bij de zorgverzekeraars is voor inzicht in het gebruik van zorg tot nu toe onbruikbaar gebleken.

De onzekerheden maken niet alleen de interpretatie moeilijk, maar leiden ook tot een minder intensief gebruik van de gegevens voor beleid en onderzoek dan in principe mogelijk zou zijn. Er zou in een betere en meer complete registratie ook een betere grondslag voor de planning van voorzieningen gevonden kunnen worden, maar ook voor de ontwikkeling van meer effectieve en doelmatige vormen van hulpverlening en voor een tijdigere onderkenning van risicogroepen voor psychische stoornissen. Dat zou dan ook weer aanknopingspunten voor preventie kunnen bieden.

Het gebruik van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland dient zo volledig mogelijk gedocumenteerd te worden. Het Ministerie van VWS, de Inspectie van de Gezondheidszorg, de zorgverlenende instellingen en de zorgverzekeraars hebben hier een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Per patiënt zou via de zorgverzekeraars een registratie verzorgd moeten worden van het totale gebruik van alle gezondheidsvoorzieningen. Dat is van belang voor de ontwikkeling van de regiovisie, voor het bepalen van de effectiviteit en doelmatigheid van de zorg (zowel de lichamelijke en de geestelijke gezondheidszorg afzonderlijk als in relatie tot elkaar) en voor het wetenschappelijk onderzoek naar het beloop van en de samenhang tussen aandoeningen.

### 2.3 In behandeling bij de GGZ: één op de vijftienvintig Nederlanders

In 1996 vonden in de geestelijke gezondheidszorg (inclusief de psychogeriatric) meer dan een half miljoen nieuwe inschrijvingen van patiënten plaats. Er stonden bij het begin van dat jaar al meer dan 400.000 patiënten ingeschreven. Bij elkaar in 1996 ruim 950.000 inschrijvingen, maar het aantal mensen dat het betreft ligt toch aanzienlijk lager. Naar schatting is in 1995 maximaal 5% van de Nederlandse bevolking (700-750.000 mensen) in contact geweest met de geestelijke gezondheidszorg. Ongeveer 4% van de bevolking is in dat jaar ook minstens éénmaal in behandeling geweest. Bij één op de tien van hen (0,4%) heeft dat ook minstens éénmaal de vorm van een psychiatrische opname aangenomen. Bij 0,3% van de totale bevolking (2,5% van de boven 65-jarigen) was er sprake van verblijf of opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis.

Geestelijke gezondheidszorg is in aantallen patiënten (niet in kosten!) gezien vooral ambulante extramurale geestelijke gezondheidszorg: 80% van de oude en nieuwe inschrijvingen. De semi-murale zorg (deeltijdbehandeling, beschermd wonen) is goed voor 5% van de inschrijvingen, de intramurale zorg (psychiatrisch ziekenhuis, psychogeriatrisch verpleeghuis) dus voor 15%. Bij de kosten liggen de verhoudingen vrijwel precies omgekeerd: voor de 80% extramuraal behandelde is éénachtste van het jaarlijkse budget beschikbaar.

In de *extramurale* zorg is het bestand (de aanwezige patiënten) bij het begin van het jaar meestal iets groter dan het aantal in het nieuwe jaar te verwachten nieuwe patiënten. Het verschil is echter klein, en dat wil zeggen dat de meeste patiënten niet langer dan een jaar als patiënt bij bijvoorbeeld een RIAGG ingeschreven staan. Gekeken naar de behandelduur bij beëindiging wordt ongeveer een kwart van de behande-

lingen na het eerste contact al afgesloten en nog eens een kwart binnen drie maanden na het begin. In de *semimurale* zorg geldt dat in de deeltijdbehandeling meer dan de helft van de behandelingen bij afsluiting niet langer dan 6 maanden geduurd heeft, maar voor de beschermende woonvormen is het beeld toch anders. Dit zijn langdurige verblijfsvoorzieningen, waar een plaats maar gemiddeld eens in de vier jaar vrijkomt.

In de *intramurale* zorg is aan de cijfers duidelijk te zien dat de opnameduur op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) of een academisch ziekenhuis (PUK) gemiddeld kort is - ruim een maand -, terwijl in het APZ de opnameduur duidelijk langer is. Het verschil is echter minder groot dan het lijkt, omdat van de ruim 22.000 APZ-bedden meer dan de helft door chronische patiënten (langer dan twee jaar opgenomen) wordt bezet. De duur van een opname na een nieuwe inschrijving is gemiddeld vier maanden. In de categorale psychiatrische ziekenhuizen is de doorstroming in de verslavingsklinieken en de herstellingsoorden erg hoog, in de TBS-klinieken en de kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken juist weer laag. De gemiddelde verblijfsduur per patiënt is in de laatste categorieën lang tot zeer lang, in een TBS-kliniek zelfs meestal jaren.

#### Psychische stoornissen en de Nederlandse bevolking

- aanwezigheid psychische stoornis in de afgelopen 12 maanden	1 : 5
- bezoek huisarts in verband met psychische stoornis	1 : 7
- psychische stoornis tast persoonlijk en sociaal functioneren aan	1 : 10
- meer dan één psychische stoornis in afgelopen jaar	1 : 12
- psychische stoornis duurt al langer dan een jaar	1 : 14
- hulp bezocht bij de GGZ	1 : 25
- psychische problematiek zeer ernstig	1 : 50
- opname	1 : 100

#### 2.4 Aan de grenzen van de GGZ

De grenzen van de geestelijke gezondheidszorg liggen niet echt vast. Zo worden de *psychogeriatrische* verpleeghuizen (c.q. verpleeghuisafdelingen) en deeltijdbehandelingsinstellingen niet altijd tot de geestelijke gezondheidszorg gerekend, terwijl omgekeerd van een belangrijk deel van de meer dan 100.000 bewoners van de verzorgingshuizen gezegd kan worden dat ze wat betreft hun problematiek (ziekte van Alzheimer, de belangrijkste vorm van dementie) niet of hoogstens gradueel van hun generatiegenoten in het verpleeghuis verschillen (hier niet meegerekend).

De zorg voor *verstandelijk gehandicapten* is in veel landen niet te onderscheiden van de geestelijke gezondheidszorg, maar in Nederland is de scheiding tussen beide sectoren vrijwel volledig doorgevoerd. Toch komen psychische stoornissen juist onder verstandelijk gehandicapten naar verhouding aanzienlijk meer voor dan onder de bevolking als geheel. Naar schatting 30 - 50% van de 130.000 verstandelijk gehandicapten kampt met meestal onbehandelde psychische stoornissen. Juist onder de in de grote instellingen en gezinsvervangende tehuizen verblijvende verstandelijk gehandicapten (ongeveer 50.000) zijn er velen die in hun gedrag dusdanige stoornissen vertonen, dat er voor hen extra voorzieningen - ook in personele zin - nodig zijn.

De *kinder- en jeugdvoorzieningen* in de GGZ zijn inderdaad geheel en al gericht op kinderen met ernstige psychische problemen, maar ook in de kinderbescherming en de jeugdhulpverlening is bij veel kinderen sprake van psychische problemen, die een meer specialistische behandeling wenselijk zouden maken. De samenwerking tussen deze sectoren (gezondheidszorg, welzijn, justitie) krijgt op regionaal niveau inmiddels snel vorm, maar de verschillen in financiering, aansturing, cultuur, professionalisering en ook sociale herkomst van de kinderen staat hier nog veel in de weg.

In 1995 meldden zich 18.000 vrouwen (met hun eventuele kinderen) bij de Blijf-van-mijn-Lijfhuizen. Daar wordt geen geestelijke gezondheidszorg in de strikte zin van het woord geboden, maar het is duidelijk dat in veel gevallen hier de psychische problematiek net zo ernstig zal zijn als de lichamelijke of de sociale.

De forensische psychiatrie is in de geestelijke gezondheidszorg een kleine sector, maar in de huizen van bewaring en de gevangenissen (na een verdrievoudiging in de capaciteit sinds 1990 inmiddels meer dan 12.000 cellen omvattend bij de oplegging van meer dan 25.000 gevangenisstraffen per jaar) bevindt zich een zeer groot aantal mensen met verslavingsproblematiek, terwijl ook andere psychische problematiek daar meer blijkt voor te komen als onder de bevolking als geheel. Ongeveer één op de drie gedetineerden is aan harddrugs verslaafd en eveneens een op de drie heeft - over een heel jaar gezien - een stemmingsstoornis. Eveneens bijna één op de drie vertoont de kenmerken van een antisociale persoonlijkheidsstoornis.

De dak- en thuislozenzorg wordt met een vergelijkbare problematiek geconfronteerd: naar schatting komt psychische problematiek bij deze groep van ongeveer 20.000 mensen twee tot drie keer zo vaak voor als in de gewone bevolking. Tussen de 15 en 30% zou aan een psychiatrische aandoening lijden.

Co-morbiditeit van lichamelijke stoornissen is bij patiënten met vooral ernstige psychische stoornissen eerder regel dan uitzondering; naar schatting gaat het om 50% van de psychiatrische patiënten. Omgekeerd is er bij mensen met chronische somatische aandoeningen in minstens 30% van de gevallen ook sprake van psychische problematiek.

De geestelijke gezondheidszorg heeft geen eigen eerste lijn. De huisarts is de belangrijkste (50%) - maar zeker niet de enige - verwijzer van de sector van de geestelijke gezondheidszorg en levert zelf ook in belangrijke mate geestelijke gezondheidszorg aan patiënten met lichamelijke en psychische klachten. 75% van de bevolking bezoekt een of meermalen per jaar de huisarts. Gemiddeld heeft een Nederlander in totaal zelfs vier keer per jaar contact met de huisarts. 7% van de patiënten die de huisarts bezoeken komt met een duidelijk als zodanig gepresenteerde psychische of psychosociale klacht, maar in een niet onaanzienlijk deel (ongeveer 30 - 35%) van de als lichamelijke klachten gepresenteerde klachten herkent de huisarts ook psychische problematiek. Ook herkenning leidt niet altijd tot behandeling, maar als het zover komt, doet de huisarts toch het meeste zelf. Een klein deel verwijst hij door naar de GGZ of naar andere hulpverleners in de eerste lijn (maatschappelijk werk, psycholoog). Uiteraard mist de huisarts ook een deel van de psychische problematiek (25 - 50%, zo blijkt uit onderzoek), met name bij ouderen.

Psychische stoornissen blijven voor een belangrijk deel buiten het kader van de geestelijke gezondheidszorg als sector. Dat is aanvaardbaar, wanneer voor de categorieën patiënten die hier besproken zijn, ook in de andere sectoren die voor hun zorg verantwoordelijk zijn voldoende deskundigheid aanwezig en beschikbaar is om in de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg te voorzien. Het zou niet aanvaardbaar moeten zijn voor psychische stoornissen en problemen wat dit betreft andere maatstaven aan te kunnen leggen dan wanneer het om somatische aandoeningen zou gaan: de patiënt moet kunnen rekenen op snelle hulp, adequate diagnostiek en een deskundige behandeling. In het bijzonder zou in de eerste lijn meer geestelijke gezondheidszorgdeskundigheid regulier beschikbaar moeten zijn, zonder de financiële beperkingen die daar nu aan verbonden zijn. Daarbij kan gedacht worden aan de eerstelijnspsycholoog, met ondersteuning vanuit de tweedelijns GGZ. De invoering in de nieuwe Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) van het basisberoep van de gezondheidszorgpsycholoog garandeert voor de toekomst een professionele vervulling van deze functie. De nieuwe postdoctorale opleidingen voor dit beroep zijn in 1998 van start gegaan en een deel van de huidige groep daadwerkelijk als gezondheidszorgpsychologen functionerende psychologen (mogelijk 4 à 6.000) zal eveneens in het beroepsregister worden opgenomen en titelbescherming krijgen.



## 2.5 Psychische stoornissen in 1997: één op de vijf Nederlanders

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gaat ervan uit dat in hoogontwikkelde landen (waar de infectieziekten sterk zijn teruggedrongen) psychische stoornissen het grootste afzonderlijke gezondheidsprobleem vormen. Dementie en verslavingen meegerekend zal over het hele leven gezien ongeveer de helft van de bevolking ooit een psychische stoornis hebben. Uit bevolkingsonderzoek in de Verenigde Staten en Nederland blijkt dat op jaarbasis per 1000 inwoners tussen de 250 en 300 psychische stoornissen geteld kunnen worden. De stoornissen hoeven uiteraard niet zelf ook een jaar te duren en één persoon kan per jaar meer dan één stoornis hebben. In 1996 werd in Nederland per 1000 volwassenen van 18-64 jaar in de maand, voorafgaande aan het interview met de onderzoekers, door de respondenten in 16,5% van de gevallen een psychiatrische stoornis gemeld. 23,5% meldde een stoornis in de laatste twaalf maanden en ruim 41% ooit in het leven tot dan toe. Veel voorkomend zijn vooral angst- en stemmingsstoornissen en alcoholmisbruik. Van de 41% die ooit een stoornis had gehad, had bijna de helft over meer dan één of meer dan eens een stoornis gehad, de helft daarvan zelfs drie of meer. Van alle 12-maandsstoornissen deed zich een derde voor bij mensen die ooit eerder een stoornis hadden gehad. Met andere woorden: psychische stoornissen zijn niet gelijkmatig over de bevolking gespreid, maar concentreren zich in een bepaalde groep, die bovendien vaker langer en meer met deze problemen geconfronteerd wordt.

	Inschrijvingen	Bestand per 1-1-97	Bedden/ plaatsen	Verpleegdgn. / kontrakten(x1.000)	Personeel/ (in fte)	Kosten/ (x fl. 1.000.000)
<b>Intramuraal</b>						
Algemeen psychiatrisch ziekenhuis	37.360	21.440	23.300	6.910	26.780	2.703
Kinder- en jeugdpsychiatrische instelling	975	725	836	230	1.690	168
Instelling voor verslavingszorg	7.910	930	1.024	305	1.080	123
Instelling voor TBS-patiënten	375	600	619	195	1.450	162
<b>Totaal psychiatrisch ziekenhuis</b>	<b>46.620</b>	<b>23.695</b>	<b>25.779</b>	<b>7.640</b>	<b>31.000</b>	<b>3.156</b>
Psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis	17.000	1.650	2.093	640	2.550	285
Verpleeghuis psychogeriatric	18.210	28.200	29.808	10.813	34.675	2.868
Herstellingsoord	1.960	340	348	124	200	19
Medisch kindertehuis	440	590	604	213	625	55
<b>Totaal intramuraal</b>	<b>84.220</b>	<b>54.475</b>	<b>58.632</b>	<b>19.430</b>	<b>69.050</b>	<b>6.383</b>
<b>Semimuraal</b>						
Beschermende woonvorm	1.280	5.480	5.698	1.877	2.465	270
Psychiatrische deeltijdbehandeling	12.100	8.990	3.683	1.179	1.300	210
Psychogeriatric deeltijdbehandeling	6.940	4.500	2.237	598	790	109
Medisch kleuterlagverblijf	1.565	2.345	2.516	621	1.605	161
<b>Totaal semimuraal</b>	<b>26.885</b>	<b>21.315</b>	<b>14.134</b>	<b>4.275</b>	<b>6.160</b>	<b>750</b>
<b>Extramuraal</b>						
RIAGG	244.470	277.370	n.v.t.	2.356	5.350	640
Ambulante verslavingszorg	25.795	32.860	n.v.t.	542	1.090	126
Polikliniek psychiatrisch ziekenhuis	64.000	(*)	n.v.t.	1.050	950	115
Polikliniek psychiatrisch algemeen ziekenhuis	35.200	(*)	n.v.t.	290	270	35
Zelfstandig gevestigde psychiater	30.200	14.000	n.v.t.	615	405	80
Zelfstandig gevestigde psychotherapeut	14.100	23.800	n.v.t.	714	530	81
<b>Totaal extramuraal</b>	<b>412.765</b>	<b>467.030</b>		<b>5.567</b>	<b>8.595</b>	<b>1.077</b>
<b>Totaal GGZ</b>	<b>523.870</b>	<b>442.820</b>		<b>29.222</b>	<b>84.805</b>	<b>8.210</b>

Bron: Posten GGZ in getallen 1998/Trimbos instituut, Utrecht

Per jaar zal ongeveer één op de vijf Nederlanders geconfronteerd worden met een psychische stoornis. Voor bijna één op de tien Nederlanders geldt dat het persoonlijk en sociaal functioneren ook naar eigen indruk door de stoornis in ernstige mate is aangetast. Bij één op de 12 gaat het om meer dan één stoornis in dat jaar. Bij één op de veertien duurt de stoornis al langer dan een jaar. Bij één op de vijfentwintig komt een contact met de GGZ tot stand. Bij één op de vijftig Nederlanders is sprake van zeer ernstige problematiek, die het gewone functioneren zeer moeilijk tot onmogelijk maakt: schizofrenie, depressie in engere zin, laatste stadium van dementie, volledige afhankelijkheid van alcohol of drugs.

Lang niet iedereen is in staat de eigen psychische problematiek te onderkennen. Enerzijds is er in juist ernstige gevallen vaak sprake van ontkenning van de problemen (psychose, verslaving, anorexie, dementie) of van het ontbreken van ieder ziektebesef, anderzijds worden in de relatief wat lichtere gevallen vaak de symptomen niet herkend of onvoldoende onderkend als iets waar wat aan gedaan zou kunnen worden (slapeloosheid, gebrek aan eetlust, lusteloosheid zal niet door iedereen herkend worden als een gereede kans op de aanwezigheid van een 'depressie'). Dat geldt nog eens te meer voor agressief gedrag.

In ongeveer 75% van de gevallen zal er toch hulp contact zijn met de eerste lijn (mogelijk om andere redenen) en waarschijnlijk in hoogstens 75% van die gevallen zal de huisarts ze ook (enigszins) herkennen en eventueel behandelen. De indruk is dat de kans op herkenning en behandeling van stoornissen toeneemt, naarmate ze ernstiger zijn in die zin dat ze het persoonlijke en sociale functioneren van de patiënt ernstiger frustreren. De bedoeling - van politiek, beleid en hulpverlening - is dat naarmate de beperkingen ernstiger en langduriger zijn, ook de zorg intensiever en gespecialiseerder wordt. Uit de verschillende onderzoeken blijkt dat dit in grote lijnen inderdaad wel het geval is, maar dat er toch nog altijd relatief veel mensen met ernstige stoornissen zijn, die niet zelf om hulp vragen en eventueel aangeboden hulp weigeren. In de sfeer van de ernstigste aandoeningen wordt het aantal zogenaamde 'zorgwekkende zorgmijders' op ongeveer 5000 geschat. In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 wordt geschat dat van alle chronische ziekten (psychisch en somatisch) de prevalentie in de bevolking ongeveer 2 à 3 keer zo groot is als in de hulpverlening bekend is. Voor psychische stoornissen (in de VTV inclusief verstandelijke handicaps) gaat het om een verschil dat 3 tot 15 keer zo groot is. In het geval van de angststoornissen wordt er zelfs van uitgegaan dat slechts 1 op de 40 gevallen in zorg komt. Het aandeel van de 'klinisch relevante' stoornissen dat uiteindelijk in de GGZ terechtkomt, is maar een relatief klein deel van wat er in de bevolking als geheel aan problematiek aangetroffen wordt. In inwoners vertaald, wordt één op de vijf Nederlanders per jaar met psychische stoornissen geconfronteerd en komt één op de vijfentwintig in de GGZ terecht.

Jaarprevalentie van psychische stoornissen in Nederland, per 1.000 van de bevolking, alle leeftijden

1.	bevolking	250 - 300
2.	eerste lijn	200
3.	eerste lijn (herkend)	140
4.	GGZ	60
5.	Opname GGZ	9

(N.B. De teleenheid wordt hier niet gevormd door personen, maar door stoornissen, inschrijvingen en behandelperiodes. Het aantal personen is in alle categorieën aanzienlijk lager.)

Internationaal en Nederlands epidemiologisch onderzoek heeft inmiddels overtuigend aangetoond dat psychische stoornissen veel voorkomen, vaak lang van duur zijn en grote negatieve gevolgen kunnen hebben voor het persoonlijke en sociale functioneren van de betrokken patiënten. In vergelijking met de mate van herkenning en behandeling van somatische aandoeningen is er op het gebied van de psychische stoornissen sprake van een weliswaar kleiner wordende, maar nog steeds grote achterstand. Een versterkte inspanning van overheid, zorgverzekeraars, onderzoekers en hulpverleners is nodig om op dit gebied tot een verbetering en uitbreiding van de diagnostische en behandelingsmogelijkheden te komen.

## 2.6 Het gewicht van psychische stoornissen

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 1993, door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne ten behoeve van de Minister van Volksgezondheid opgesteld, staat op een eenvoudige en aansprekende wijze aangegeven wat in de Nederlandse bevolking de belangrijkste ziekten, aandoeningen en doodsoorzaken zijn. In de top-tien van doodsoorzaken naar aantal verloren levensjaren staat 'suicide' op de achtste plaats (per suïcide gaan gemiddeld 30 jaar aan individuele levensverwachting verloren). Suïcides staan in direct verband met psychische stoornissen, bij 90% van de suïcideplegers is er sprake van een psychische stoornis. Het aantal suïcidepogingen is overigens een veelvoud van het aantal geslaagde suïcides: 17.500 tegenover 1500. Gerelateerd aan sterfte blijkt 15% van het totaal aan levensjaren dat verloren gaat door vroegtijdige sterfte, aan psychische stoornissen (inclusief suïcide) te kunnen worden toegeschreven.

Op de top-tien van de ziekten en aandoeningen staat depressie-in-engere-zin op de derde plaats met per jaar 250.000 - 300.000 gevallen. Op plaats 10 staat dementie met in 1990 ruim 100.000 gevallen en nu al meer dan 160.000. Ook voor depressies geldt dat de tendentie sterk stijgend is met per jaar meer dan 90.000 nieuwe gevallen.

In de top-tien lijsten ontbreken een aantal van de ernstigste chronische en invaliderende aandoeningen (psychisch en somatisch). Voor wat betreft de psychische stoornissen geldt dat bijvoorbeeld voor schizofrenie. Een relatief zeldzame aandoening, maar lang van duur en het functioneren van de patiënt sterk beperkend. Volgens de onlangs verschenen VTV 1997 zou het om maximaal 21.500 mensen gaan (waarschijnlijk een onderschatting), waaronder de helft van de chronische populatie van de psychiatrische ziekenhuizen. De totale prevalentie van schizofrenie zal in Nederland tussen de 40 en 50.000 liggen.

In de top-tien lijsten van 1993 ontbreken ook de verslavingen. De VTV 1997 gaat nu uit van 300.000 gevallen van alcoholverslaving (80% mannen) en van 84.000 verslaafden aan slaap- en kalmeringsmiddelen en van 25.000 harddrugsverslaafden.

Ook ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid worden in belangrijke mate bepaald door psychische stoornissen. Onder het oude WAO-regime was arbeidsongeschiktheid op psychische gronden met 28% van de nieuwe gevallen de tweede categorie na klachten van het bewegingsapparaat (29%). In de lagere leeftijdsgroepen was het zelfs de belangrijkste afkeuringsgrond. In het gewone ziekteverzuim vormden - ten tijde van de Ziektewet - de psychische ziekten na bewegings- en ademhalingsklachten de derde categorie. In toenemende mate is er aandacht voor de betekenis van stress en overmatige belasting in de arbeidssituatie: ongeveer 40% van de Nederlandse arbeidsplaatsen - vooral de moderne dienstverlenende, administratieve en contactuele beroepen - worden geacht een risico op te leveren voor verhoogde psychische belasting. Terwijl de fysieke en milieuspecifieke arbeidsomstandigheden steeds beter en ook systematisch worden gecontroleerd, loopt de psychische belasting gemiddeld nog steeds verder op zonder dat er werkelijk iets aan gebeurt.

Van de kosten van het werkgebonden ziekteverzuim (de werksituatie is de directe oorzaak van of aanleiding voor de stoornis) en van de werkgebonden arbeidsongeschiktheid komt volgens VTV1997 steeds ongeveer 40% voor rekening van psychische stoornissen, maar van de 'werkgebonden' kosten van de gezondheidszorg komt niet meer dan 15% ten laste van psychische problematiek. Naar verhouding wordt er dus aanzienlijk minder geïnvesteerd in de hulpverlening bij psychische stoornissen dan in de hulpverlening op somatisch terrein.

Het maatschappelijke gewicht van psychische stoornissen is zodanig dat het alleen al om die reden van groot belang geacht moet worden voor de preventie, behandeling en begeleiding van psychische problematiek voldoende voorzieningen beschikbaar te hebben. Het aandeel van de psychische problematiek in het totaal van de morbiditeit, de mortaliteit, het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid is steeds opvallend groter dan het aandeel van de GGZ in het totaal van de zorg en de daarvoor ter beschikking staande middelen. Dit pleit voor een onderzoek naar de winst die behaald kan worden met een versterkte inzet op het gebied van de hulpverlening bij psychische stoornissen in het kader van het streven naar een langere gezonde levensverwachting en een grotere tevredenheid onder de bevolking met de eigen gezondheids-toestand en een verbetering van de psychische arbeidsomstandigheden.

## 2.7 De kosten van de geestelijke gezondheidszorg

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 worden de psychische stoornissen gepresenteerd als de op zichzelf grootste post in het budget van de gezondheidszorg. In 1994 ging het om 13,7 miljard gulden, dubbel zoveel als voor de hart- en vaatziekten, de nummer twee op de lijst. Van de kosten van de gezondheidszorg ging in 1994 23% naar de psychische stoornissen, ongeveer 2% van het nationaal inkomen en goed voor meer dan 150.000 volledige arbeidsplaatsen.

Dit beeld is bedrieglijk, omdat in de VTV tot de categorie zorg voor psychische stoornissen ook de hele verpleeghuiszorg voor demente bejaarden (3,3 miljard) en de zorg voor verstandelijk gehandicapten (4,7 miljard) wordt gerekend. Van de 5,7 miljard die dan resteert komt 4,7 miljard voor rekening van de geestelijke gezondheidszorg als sector. Het verschil van 1 miljard met het door de VTV genoemde totaalbedrag van in totaal 13,7 miljard komt voor rekening van alle 'overige' psychische stoornissen buiten het kader van de geestelijke gezondheidszorg als sector. Andere opstellingen geven overigens weer een iets andere verdeling van de cijfers of van wat wel en niet tot de verschillende sectoren wordt gerekend.

De kosten in de geestelijke gezondheidszorg worden vooral in de intramurale zorg gemaakt (in 1994 3,37 miljard, 1996 3,51 miljard), voor de ambulante zorg was in 1994 1,04 miljard (1996 1,08 miljard) beschikbaar (waarvan 0,65 miljard voor de RIAGG's) en voor de semimurale zorg 0,58 miljard (1996 0,64 miljard), waarvan 0,24 miljard voor de beschermende woonvormen. De geestelijke gezondheidszorg telt 48.000 arbeidsplaatsen, waarop zo'n 65 à 70.000 mensen werkzaam zijn. Volgens de berekeningen van het Trimbos-instituut kwamen de kosten van de GGZ (zonder psycho-geriatrie) in 1994 uit op bijna 4,7 miljard gulden en in 1996 op 5,2 miljard gulden. Vooral in de intramurale en semimurale zorg zijn er nogal wat capaciteitsstijgingen geweest (verslavingszorg, jeugdpsychiatrie, TBS-inrichtingen, beschermende woonvormen).

Een belangrijk deel van de middelen (25 %) voor de geestelijke gezondheidszorg is noodzakelijk voor de zorg, hoofdzakelijk 'care' (intramuraal en semimuraal) van de ongeveer 20.000 chronische verblijfs-patiënten en bewoners van beschermde woonvormen. Voor de behandeling ('cure') van patiënten in de intramurale GGZ is 45% van het budget nodig, in de semimurale GGZ 7% en in de extramurale sfeer 23%. Het aandeel van de psychotherapie in het 'cure' aanbod van de GGZ is in de AWBZ-sfeer relatief klein. De extramurale psychotherapie zal 200-300 miljoen op jaarbasis kosten, in de semi- en intramurale sfeer zal dat bedrag waarschijnlijk ongeveer net zo groot zijn.

Uiteraard gaat het in de zorg voor de verstandelijk gehandicapten en de zorg voor demente bejaarden om een vrijwel volledige inzet van het budget in de sfeer van de 'care'. Anders gezegd, van de 13,7 miljard gulden voor alle psychische stoornissen in 1994 was 70 - 75% nodig voor de onvermijdelijke kosten van verpleging, verzorging en verblijf van ongeveer 100.000 mensen (45.000 verstandelijk gehandicapten in instellingen en tehuizen, 20.000 chronische psychiatrische patiënten in ziekenhuizen en beschermende woonvormen en 35.000 demente bejaarden in verpleeghuizen, die niet, niet meer of onvoldoende in staat zijn voor zichzelf te zorgen. De zorg voor verstandelijk gehandicapten zal op de lange termijn niet meer hoeven te groeien, maar heeft op dit moment toch een capaciteitstekort van 15 - 20%. Hetzelfde geldt voor de psychogeriatrische verpleeghuiszorg, met dien verstande dat de groei in het aantal plaatsen (nu al meer dan voor de psychiatrie beschikbaar is) hier nog onverminderd zal moeten doorgaan. Het aantal patiënten met vooral de ziekte van Alzheimer zal van nu 160.000 tot meer dan 220.000 in 2015 blijven toenemen. Voor meer dan de helft van hen zal een plaats in een verzorgings- of verpleeghuis beschikbaar moeten zijn. Per patiënt zal dat ongeveer 100.000 gulden aan kosten per jaar met zich mee brengen.

Voor curatief gerichte hulpverlening aan meer dan 500.000 mensen in de GGZ, voor preventie, consultatie, advisering en dienstverlening was in 1994 in totaal een bedrag van ongeveer 3,7 miljard beschikbaar. Ongeveer 2,5 miljard gulden van dit bedrag was nodig voor de intramurale en semi-murale zorg voor psychiatrische patiënten. Van de resterende 1,2 miljard is ongeveer de helft ook weer nodig voor de hulpverlening aan psychiatrische patiënten. De rest is voor de overige patiënten en alle overige taken. De vraag naar ambulante hulp is groot en groeiend, vanuit de samenleving, maar ook vanuit de GGZ zelf, omdat steeds meer gezocht wordt naar mogelijkheden ook chronische patiënten een zo 'curatief' en ambu-

lant mogelijk aanbod te doen, dat wil zeggen hen te helpen zo goed, zo lang en zo zelfstandig mogelijk in de samenleving te functioneren.

De op zichzelf grote omvang van het budget voor de zorg voor psychische stoornissen in de ruime definitie van de VTV mag niet doen verhullen, dat dit budget overwegend nodig is om goede 'care' te bieden aan een relatief kleine groep mensen die als verstandelijk gehandicapte, demente bejaarde of chronische psychiatrische patiënt niet zonder hulp kunnen. Deze zorg, die onvermijdelijk is en gegeven moet worden, moet in de discussies over de omvang en de groei van de geestelijke gezondheidszorg worden gescheiden van de discussie om de behoefte aan op behandeling, genezing en herstel gerichte zorg ('cure'). Op dit gebied is het voor de GGZ ter beschikking staande budget nog altijd relatief bescheiden in relatie tot de omvang en de ernst van de problematiek. Dat is eens te meer het geval, omdat het beleid van de overheid er zowel op gericht is geweest chronische psychiatrische patiënten zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren als de bevolking de mogelijkheid te geven goede en gespecialiseerde hulp te vinden bij psychische problemen. Beide ontwikkelingen zijn nog niet afgerond en beide vragen zij ook om een versterking van de inspanningen op financieel en professioneel gebied. Meer geld voor betere zorg op het gebied wat door de WHO gezien wordt als het belangrijkste gezondheidsprobleem van hoogontwikkelde landen. Juist voor psychische problematiek in de niet strikt-psychiatrische zin van het woord is naar verhouding weinig geld beschikbaar: minder dan 10% van het bedrag dat de VTV voor alle zorg voor psychische stoornissen aangeeft en nauwelijks meer dan 1% van de kosten van de hele gezondheidszorg.

### 3. Mensen leven maar één keer

#### 3.1 De ziekte, de zieke en het ziek zijn

Cijfers en getallen kunnen niet laten zien waar het in de geestelijke gezondheidszorg eigenlijk om gaat. Ook woorden als aandoening, ziekte, stoornis, probleem of klacht kunnen dat maar onvoldoende. Het zijn hulpmiddelen om greep te krijgen op wat zich aan de greep van de patiënt heeft onttrokken. Zowel voor lichamelijke als voor psychische ziekten en aandoeningen geldt dat de beleving en de situatie van de zieke zelf bepaald worden door een vermindering van de vrijheid en autonomie in de vormgeving aan het leven, in eerste instantie het gewone dagelijkse leven. In het lichaam of in de geest functioneren een aantal zaken niet meer goed of duidelijk minder goed dan in de normale verwachting ligt. Dat beperkt de actieradius van het individu, soms letterlijk omdat hij niet meer in staat is zich vrij te bewegen, soms ook meer overdrachtelijk, omdat de stoornis zoveel aandacht en tijd vraagt, dat de eigen ontplooiing belemmerd wordt.

Hoe belangrijk ook, een biologische oorzaak, aantoonbaarheid of grondslag is niet het eerste en zeker niet het enige criterium voor de vraag of er van ziekte sprake is. Dat is de toestand van de patiënt en zijn beleving daarvan, in wisselende samenhang. Dat sluit noch uit dat de patiënt een ziekte kan hebben zonder zich dat bewust te zijn ('toestand'), zoals iemand ook ziek kan zijn zonder dat er een bepaalde ziekte kan worden aangetoond ('beleving'). In beide gevallen zijn het de gevolgen, die de situatie medisch gezien interessant en relevant maken. In de lichamelijke gezondheidszorg gaat men er meestal van uit dat wanneer de patiënt ziek is en een ziekte niet objectief kan worden aangetoond, dat wil zeggen als entiteit geïsoleerd kan worden, de kans groot is dat de aandoening 'psychisch' is. De ziekte valt dan met de zieke samen en wordt het object van aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg, totdat blijkt dat er wel degelijk een oorzaak is die onderscheiden kan worden van het individu zelf.

In de geestelijke gezondheidszorg is er van de weeromstuit de laatste decennia een sterke neiging het ziek-zijn zoveel mogelijk te objectiveren in termen van onderscheidbare symptomen en syndromen. De zieke valt daardoor juist weer minder met de ziekte samen, zonder dat er uitspraken gedaan worden over de oorzaak. De beleving van de situatie door de zieke wordt even los gezien van de manifestaties en de gevolgen van de aandoening zelf, die een bepaalde ernst en duur moeten hebben om als klinisch relevant te kunnen worden beschouwd. Zoals mensen een sterk verhoogde bloeddruk kunnen hebben zonder daar enige directe last van te ondervinden, zo kunnen mensen bijvoorbeeld ook waanvoorstellingen hebben die in hun eigen ogen juist een bevestiging zijn van hun normaliteit.

Ziek zijn gaat gepaard met een verandering in de tijdsbeleving. De toekomst verliest zijn openheid, alle aandacht wordt gericht op het heden en zelfs op het huidige moment. Dat geldt voor mensen met lichamelijke aandoeningen, maar het geldt minstens evenzeer zo bij psychische stoornissen. Persoon en stoornis zijn juist daar meestal nog veel meer met elkaar verbonden dan bij lichamelijke aandoeningen het geval is. De distantie en objectivering waarmee somatische patiënten met hun arts over hun aandoening kunnen spreken als iets dat uiteindelijk buiten hun persoon staat - als iets dat hun lichaam wordt aangedaan -, kan voor de psychiatrische patiënt een voorbeeld zijn, maar het is niet zijn primaire ervaring. Het gaat met hem niet goed of het gaat niet goed tussen hem en de anderen of in zijn beleving van de werkelijkheid. In de praktijk is het uitgangspunt van de GGZ dan ook niet dat de patiënt een ziekte heeft, maar zelf zijn ziekte is. Zoals een somatisch zieke een lichaam heeft dat getroffen is door een ziekte waar de zieke last van heeft, zo is de psychiatrische patiënt zelf zijn zieke psyche. Hij kan zich daarvan als persoon maar heel moeilijk distantiëren en vaak zelfs helemaal niet.

De relatie met de hulpverlener is in de geestelijke gezondheidszorg daarom ook bijzonder gecompliceerd. De patiënt praat als het ware door het rooster van de stoornis heen over zijn eigen persoon en hoort ook door het rooster vertekend wat de hulpverlener tegen hem zegt. Voor de hulpverlening betekent dit dat de bejegening van de patiënt niet los van de behandeling van de ziekte gezien kan worden. De bejegening van de patiënt is op zichzelf al een vorm van behandeling van de ziekte en de behandeling van de ziekte is nauwelijks anders denkbaar dan als ook bejegening van de patiënt. Een chirurg kan in principe (veel van) zijn werk doen zonder de patiënt zelfs maar gesproken te hebben. Voor een psychiater of een psycholoog is dat niet goed denkbaar, in ieder geval denkbaar niet goed.

### 3.2 Lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg: een vergelijking

Zowel in de lichamelijke als de geestelijke gezondheidszorg wordt het handelen ten opzichte van de patiënten bepaald door wat wenselijk en beperkt door wat mogelijk is. Waar ziekte en lijden voorkomen kunnen worden, zal dat de eerste keuze zijn (preventie). Is dat niet mogelijk, dan zal genezing en herstel de beste keuze zijn ('cure'). Is ook dat niet mogelijk, dan zal verlichting van het lijden en eventueel verzorging en verpleging de verplichte keuze worden ('care'). Preventie van psychische stoornissen is door de geestelijke gezondheidszorg zelf nog maar zeer beperkt mogelijk, op het gebied van de curatie kunnen inmiddels redelijk tot goede resultaten worden geboekt over een breed terrein. Juist het gebied van de 'care', in het verleden bij uitstek het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, zal door de verbetering van de curatieve mogelijkheden in de toekomst kleiner kunnen worden. In de lichamelijke gezondheidszorg zal het 'care' gebied juist groter worden door de toename van het aantal chronische aandoeningen.

De afstand tussen lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg wordt kleiner door een beweging van beide kanten naar elkaar toe. In de lichamelijke gezondheidszorg wordt, mede door de verschuiving van ziektebeelden in de richting van chronische aandoeningen en functiestoornissen, de band tussen ziekte en zieke meer gezien en daarmee ook het belang van een meer psychisch en soms ook psychotherapeutisch georiënteerde benadering. In de geestelijke gezondheidszorg nemen de farmacotherapeutische beïnvloedingsmogelijkheden toe en tegelijkertijd is er ook sprake van een herleving van het denken in syndromen, in een min of meer vaste samenhang tussen het optreden van bepaalde verschijnselen. De arts verdubbelt dan niet de subjectiviteit van de beleving van de patiënt met zijn eigen oordeel, maar introduceert objectiviteit door zijn oordeel toetsbaar en reproduceerbaar te maken. In principe zou elke andere collega tot hetzelfde oordeel moeten kunnen komen.

Het opmerkelijkst is dat de lichamelijke gezondheidszorg zich door de veranderingen in het patroon van de ziektebeelden zelf gedwongen ziet tot een meer ziekte-gerichte en dus ook meer subjectgeoriënteerde benadering, terwijl in de geestelijke gezondheidszorg de vooral onder delen van de beroepsgroep van de psychiaters bestaande neiging voor een meer ziekte-gerichte en dus meer objectgerichte benadering te kiezen, grote groepen patiënten van zorg dreigt uit te sluiten. De hulpvraag is er wel, maar het hulpantwoord wordt geweigerd of zeer beperkt gehouden.

### 3.3 De domeindiscussie

Hier ligt ook de kern van de domeindiscussie in de GGZ. Die speelt zich niet af tussen de lichamelijke en de geestelijke gezondheidszorg, maar binnen de geestelijke gezondheidszorg zelf ('wat is het domein van de GGZ?') en direct daarbuiten onder beleidsmakers en politici over de geestelijke gezondheidszorg ('wie maken gebruik van de GGZ?'). In het eerste geval is de vraag of de GGZ zich met de juiste problemen bezig houdt, in het tweede geval of de GGZ ook de juiste mensen bereikt. In beide gevallen is de suggestie van de object-georiënteerden dat de GGZ smal gedefinieerd zou moeten worden, veel smaller in ieder geval dan de vraag naar GGZ op dit moment is en ook smaller dan het huidige aanbod. De subject-georiënteerden gaan ervan uit dat het lijden (de zieke) uitgangspunt is van de GGZ. De object-georiënteerden vinden het lijden pas een thema voor de GGZ als er ook sprake is van ziekte. Overigens leidt dit verschil in oriëntatie in de praktijk alleen bij een zeer strikte interpretatie van het ziektebegrip tot een belangrijke beperking van de GGZ-cliëntele.

De kern van het domein is gemakkelijker aan te wijzen dan de grens, of beter gezegd, het is gemakkelijker te zeggen wat in ieder geval en altijd tot de taak en het probleemgebied van de GGZ behoort dan wat mogelijk niet. Dat kan ook niet anders, wanneer althans het principe van de vraag-georiënteerde zorg serieus genomen wordt: het is de patiënt die voor zijn problemen met een hulpvraag naar de GGZ komt. Het kan zijn dat de vraag daar niet goed verantwoord kan worden en dan vindt natuurlijk verwijzing plaats. Het beeld verandert fundamenteel als de GGZ bepaalde vragen niet meer zou mogen beantwoorden, ook al is een antwoord beschikbaar. Toch is dat de consequentie van de keuze voor een beperkte domeinopvatting in de GGZ.

Benadrukt moet worden dat het hier gaat om een discussie die gevoerd wordt als een principiële stellingname en niet als een pragmatische keuze bij beperkte middelen. De principiële stellingname voor een beperktere opvatting van het domein dan nu gebruikelijk is in de GGZ leidt tot een onnodige medicalisering in een essentieel multidisciplinair veld en tot een verstrooiing en ten dele vernietiging van bestaande deskundigheid, die op zich allerminst met een tekort aan hulpvragen kampt. Op de achtergrond speelt overigens wel degelijk de zorg over de beschikbaarheid van en de inzet van de middelen in de geestelijke gezondheidszorg. Het is zeer de vraag of dat terecht is, omdat de kosten van de GGZ vrijwel volledig beheerst zijn door stringente budget-bepalingen. De domeindiscussie komt bovendien in een ander licht te staan wanneer men zich realiseert dat in 1996 voor de in totaal 120.000 patiënten die in de intra- en semi-murale GGZ behandeld zijn, ruim vier miljard gulden beschikbaar was en voor de hele extramurale GGZ ruim een miljard gulden voor bijna 800.000 patiëntenepisodes. Een aanzienlijk deel van de inzet van dat laatste bedrag moet dan nog tot het 'beperkte' domein gerekend worden. Het verhaal in de GGZ is dus niet hoge kosten door veel 'oneigenlijke' patiënten, maar als absoluut hoge kosten voor een relatief kleine groep psychiatrische patiënten en relatief lage kosten voor een absoluut grote groep patiënten met psychische problemen.

### 3.4 Tijd van leven en leven in de tijd

Psychische stoornissen zijn geen stoornissen in het leven, maar verstoringen van het leven zelf. Ze nemen de plaats in van het gewone leven, beperken de patiënt in zijn vrijheid en daarmee in zijn mogelijkheid zelf vorm te geven aan zijn leven. Te zelden wordt zichtbaar gemaakt hoezeer het bij psychische stoornissen gaat om het verloren gaan van vitale levenskansen in een wereld waarin mensen niet meer hebben dan de tijd van één leven. De lichamelijke gezondheidszorg is bedoeld om mensen tijd van leven te geven, de geestelijke gezondheidszorg om mensen in die tijd ook leven te gunnen.

Als de stoornis langdurig van karakter is - en dat is bij de in de GGZ terecht komende stoornissen toch vaak het geval - dan kan het uit de stoornis voortvloeiende onvermogen als individu en als lid van de samenleving goed te functioneren ertoe leiden dat mensen een groot deel van de mogelijkheden die het leven normaal gesproken ook hen biedt, aan zich voorbij moeten laten gaan. Stemmingsstoornissen (depressie) en angststoornissen (fobie, dwanghandelingen, paniek) maken vaak voor lange tijd het werken moeilijk, relaties moeizaam en leuke dingen onmogelijk. Er wordt veel tijd met 'niets' verbruikt, maar er is toch geen vrije tijd.

Als de stoornissen zich al relatief vroeg in het leven voordoen, bijvoorbeeld in de adolescentie (schizofrenie, drugsverslaving), dan komt de toekomst zelf in gevaar. De opleiding wordt niet afgemaakt, de eerste werkervaringen worden gemist, het komt niet tot relatie- en gezinsvorming. Na het dertigste en zeker na het veertigste levensjaar worden dat kansen die vrijwel definitief gemist zijn. Ook als de patiënten dan van de stoornis in de strikte zin van het woord hersteld zijn, blijven ze zitten met een achterstand die niet meer in te halen is. Veel van het volwassen leven is dan al voorbij voor het zelfs maar begonnen is.

Het leven kan ook bedorven worden door het toedoen van anderen. Wie als kind verwaarloosd wordt - niet noodzakelijk materieel, maar vooral pedagogisch en affectief - zal daar zijn hele leven de negatieve gevolgen van ondervinden. In een aantal gevallen zullen ook anderen daar grote schade onder lijden of zelfs het leven door verliezen. Wie slachtoffer is geweest van seksueel misbruik, een verkrachting of een overval, heeft een grote kans een posttraumatische stress-stoornis te ontwikkelen. De soms in nauwelijks meer dan een moment aangebrachte psychische schade kan net zo lang actief werkzaam blijven als de langdurige confrontatie met een als ondraaglijk beleefde situatie, zoals een oorlog of een gijzeling. In al die gevallen neemt het verleden de plaats van de toekomst in.

Psychische stoornissen kunnen ook het leven van anderen bederven. Kinderen die opgroeien in een gezin waar één van de ouders of een broertje of zusje psychisch ernstige problemen heeft, ondervinden daarvan direct de nare gevolgen en merken later dat ze tekort gekomen zijn in de aandacht die ze zelf nodig hadden om gezond op te kunnen groeien. De schade van psychische stoornissen kan ook heel materieel en



soms zelfs levensbedreigend zijn. Alcoholverslaafden ondermijnen de bestaansmogelijkheden van hun gezin, psychotici kunnen fysiek bedreigend worden en mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis zijn dat bijna per definitie. Uiteraard kan de dreiging zich ook tegen de patiënt zelf keren, zoals bij patiënten die zich automutileren of bij anorexia nervosa-patiënten, die zichzelf kunnen doodhongereren.

Angst overheerst in het gedrag van veel patiënten. Daarnaast is er ook veel verdriet over hun onvermogen hun leven op een zinnige en vruchtbare manier vorm te geven. Suïcide is de doodsoorzaak die het meest met psychische stoornissen in verbinding kan worden gebracht (meer dan 90% van alle suïcides heeft een psychische stoornis als achtergrond). Juist psychotische patiënten plegen een suïcide relatief vaak op het moment dat ze zich realiseren wat hun toestand voor hun toekomst kan gaan betekenen. De suïcide wordt uit wanhoop, niet in verwarring begaan.

### 3.5 Levensproblemen

Het is niet altijd zo dramatisch. Veel mensen, de meerderheid in ieder geval van degenen die zich tot de RIAGG, een polikliniek, een zelfstandig gevestigde psychiater of psychotherapeut wenden, hebben problemen die wel een psychisch of relationeel karakter hebben, maar niet onmiddellijk ook naar een psychische stoornis verwijzen. Problemen met de partner, dreigende echtscheiding, eenzaamheid, stress op het werk, leermoeilijkheden, aanpassingsproblemen, omgaan met een terminale ziekte, onverwerkte rouw, enz. Als mensen - uit eigen beweging of op verwijzing van de huisarts - besluiten hiervoor hulp te zoeken bij de GGZ, dan hebben meestal de eigen mogelijkheden om tot een oplossing te komen al gefaald. Het probleem is zo blijvend, keert zo vaak terug, of is zo heftig, dat het mensen het gevoel geeft 'vastgelopen' te zijn in een fuik, waar ze niet meer op eigen kracht uit kunnen komen. De uitzichtloosheid van de situatie kan dan zelf weer aanleiding zijn voor het ontstaan van gevoelens van depressie of angst, van de neiging om te gaan drinken of de onlust in agressieve vorm op anderen af te reageren. De methoden van de GGZ zijn dan geschikt om orde in de chaos te scheppen, de dingen op een rijtje te krijgen en uiteindelijk weer zelf keuzen te kunnen maken. Dat is in ieder geval ook altijd een deel van de aanpak bij psychische stoornissen. Een reeks van gesprekken (vaak weinig, soms heel veel) kan voldoende zijn om weer licht aan het eind van de tunnel te zien of te ontdekken dat wat er als het probleem zelf' uitzag toch vooral een symptoom van ernstiger problematiek is.

De vraag naar deze gesprekshulp is groot en vaak zeer dringend, omdat hij als hulpvraag meestal pas 'vrijkomt' in of na een crisissituatie. De betekenis van deze hulp moet niet onderschat worden. In hoogontwikkelde en sterk geïndividualiseerde samenlevingen zijn mensen in toenemende mate aangewezen op hun vermogen hoogwaardig en snel te presteren en zich voor anderen aantrekkelijk en interessant te presenteren. Geboorte, familie en traditie leggen de levensloop steeds minder vast. Individuele contactuele kwaliteiten en sociale vaardigheden komen steeds meer in de plaats van het dwingende en beschermende kader van traditionele verbanden (familie, gezin, huwelijk) en gezagsverhoudingen, waarin iedereen zijn plaats vaak al bij en door geboorte toegewezen krijgt. Voor wie zich op eigen kracht een plaats moet verwerven in het leven, zijn contactuele kwaliteiten en sociale vaardigheden zelf het dominante kader geworden, het sociale kapitaal dat het individu moet inzetten om als persoon te kunnen bestaan, te kunnen werken en een partner te vinden. Mensen met ernstige psychische stoornissen zijn in dat opzicht meer dan ooit gehandicapt, omdat zij het minst beschikken over het vermogen sociaal 'cement' aan te maken. Mensen met lichtere stoornissen en vooral met psychische problemen blijken vooral slechte 'metselaars' te zijn.

### 3.6 Zo goed mogelijk leven

Mensen leven maar één keer en in democratische samenlevingen is dat besef veranderd in de opdracht politiek, maatschappelijk en economisch de voorwaarden te scheppen om dat leven dan ook zo goed mogelijk te laten zijn. Ieder individu heeft in principe gelijke kansen om zijn leven vorm te geven op de manier die het beste past bij hem, zijn wensen en capaciteiten. Onderwijs, gezondheidszorg, sociale zekerheid en

veiligheid zijn de voorzieningen die de basis vormen voor de individuele ontwikkeling en tegelijkertijd ook het vangnet zijn op de momenten dat de autonomie tekort schiet. De geestelijke gezondheidszorg kent ook deze dubbele taak - enerzijds heeft de GGZ tot taak de mensen bij te staan die door hun psychische stoornissen behoefte hebben aan een maatschappelijk vangnet, anderzijds helpt de GGZ mensen weer op weg, wier individuele ontwikkeling dreigt te ontsporen door hun psychische problematiek. De scheidslijn tussen beide groepen is niet altijd op voorhand al te maken en ook nooit definitief, al is het aantal mensen voor wie de vangnetfunctie onmisbaar is, gelukkig veel kleiner dan het aantal mensen dat weer op weg geholpen moet worden. In alle gevallen gaat het erom het eigen verleden van zijn onverdraagzame beladenheid te ontdoen, de eisen van het heden tot een draaglijke last te maken en de toekomst een haalbare belasting te laten worden.

## 4. Het domein en het bereik van de GGZ

### 4.1 Het domein van de GGZ

Het domein van de GGZ wordt gevormd door de psychische stoornissen en de psychische problemen. Psychische problematiek heeft meer het karakter van een stoornis naarmate de eigen beleving van de patiënt minder relevant is voor de vraag of er wat aan gedaan moet worden. Van een psychisch probleem spreken we dan als dat nu juist wel het beslissende criterium is. In het eerste geval definieert de ziekte de zieke, in het tweede geval de zieke de ziekte.

Psychische stoornissen hebben in sommige gevallen een waarschijnlijk (ten dele) biologische oorzaak, maar in de meeste gevallen is er eerder sprake van een biologische constellatie (kwetsbaarheid door genetische of constitutionele oorzaken) die de kans op het ontstaan van een stoornis onder bepaalde psychische en sociale omstandigheden (stress) groter kan maken. In het geval van de psychische problemen blijkt het uiteindelijke gewicht van de psychische of sociale omstandigheden, die het probleem hebben veroorzaakt of bepalen, mede afhankelijk van ook weer biologische factoren, naast de mate van sociale steun die iemand ontvangt of eerdere ervaringen die men al heeft opgedaan.

Wat psychische problemen en psychische stoornissen gemeen hebben, is dat zij de loop van het leven verstoren en de betrokkene(n) op een voor hen onaanvaardbare en onoplosbare manier in hun voelen, denken en handelen ontregelen. De verheldering van de problematiek kan in beide gevallen een multidisciplinaire aanpak vragen en de behandeling zal vaak multimethodisch moeten zijn. Uiteindelijk wordt daarmee alleen uitgedrukt dat het er in de geestelijke gezondheidszorg om gaat de gelaagdheid en de breedte van de problematiek te kunnen zien en te behandelen vanuit het perspectief van de cliënt of patiënt. Uiteraard betekent dit niet dat iedere behandeling multidisciplinair en multimethodisch zou moeten zijn, maar als het nodig is moet het kunnen. Mankracht, dat wil zeggen, deskundigheid en tijd, is nog altijd het belangrijkste wat de GGZ te bieden heeft.

Het is van belang dat het multimethodische en multidisciplinaire karakter van de geestelijke gezondheidszorg bewaard blijft en verder ontwikkeld wordt. Dit standpunt vindt ook steun in de ontwikkelingen die zich in de laatste decennia hebben voorgedaan op het gebied van de diagnostiek en classificatie van stoornissen.

### 4.2 Consensus over de classificatie van stoornissen

Het verschijnen van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third edition (DSM III, inmiddels DSM IV), een initiatief van de American Psychiatric Association, in 1980 heeft de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg in korte tijd internationaal een hoge mate van eenheid van taal gegeven. Onderzoekers, diagnostici en klinici gebruiken sindsdien niet alleen dezelfde begrippen, maar kennen er ook - in toenemende mate op basis van de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek - dezelfde betekenis aan toe. Aan de DSM ligt geen theorie over het ontstaan en de ontwikkeling van psychische stoornissen ten grondslag. Iedere stoornis wordt in waarneembare of controleerbare termen beschreven en vervolgens wordt bekeken hoe de patiënt er verder aan toe is (lichamelijk, maar ook qua persoonlijk en sociaal functioneren).

Volgens DSM kan van een psychische stoornis gesproken worden als er sprake is van een "klinisch relevant syndroom of patroon in het gedrag, het gevoel of het denken, dat op dit moment gepaard gaat met een sterk gevoel van onbehagen (een als hinderlijk gevoeld symptoom) of met een beperking (verslechtering van het functioneren op een of meer belangrijke gebieden van het functioneren) of met een sterk toegenomen kans op overlijden, pijn, een handicap of een vermindering in de vrijheid van handelen." De verschijnselen moeten bovendien niet beschouwd kunnen worden als een min of meer normale reactie op een belangrijke gebeurtenis in het leven van de betrokkene (overlijden van de partner bijvoorbeeld). Los van de oorspronkelijke oorzaak van ontstaan, moet het syndroom beschouwd kunnen worden als de manifestatie van een gedragsmatige, psychologische of biologische dysfunctie van de persoon. Afwijkend gedrag op

politiek, godsdienstig of seksueel gebied of conflicten tussen het individu en de gemeenschap kunnen niet op zichzelf al als een psychische stoornis beschouwd worden.

De DSM laat verder uitdrukkelijk ruimte, ook in het eigen systeem, voor de algemene classificatie van psychische en gedragsproblemen die op zichzelf niet hoeven te wijzen op een psychische stoornis, maar naar hun aard wel professionele hulp door de GGZ nodig kunnen maken (relatieproblemen, problemen met studie of werk, opvoedingsproblemen, rouw, enz.). De DSM verwijst hier dus naar het gebied van de psychische problemen, met name in relatie tot de in de geestelijke gezondheidszorg beschikbare deskundigheid om ten aanzien daarvan hulp te kunnen verlenen.

Psychische problemen kunnen als zodanig minder goed beschreven en afgebakend worden dan psychische stoornissen, omdat niet de aard van de problemen zelf bepalend is voor de toerekening tot het domein van de geestelijke gezondheidszorg, maar de ernst van de beleving door de betrokkene(n). Bij psychische stoornissen gaat het om omschreven symptomen die domeinrelevant worden op het moment dat ze in een bepaalde samenhang, gedurende een bepaalde tijd en met bepaalde kenmerken voorkomen. Bij psychische problemen gaat het om de ernst van de beleving en de beleving van de ernst van het probleem: hoeveel last en leed bezorgt het de betrokkene(n). De aard van het probleem is zelf geen onderscheidend kenmerk.

#### 4.3 Van classificatie naar diagnose

Het is duidelijk dat de omschrijving van het domein van de GGZ in de DSM enerzijds breed is, anderzijds ook duidelijk beperkt wordt. Het gaat om de problemen van het individu in termen van het lijden van het individu. De DSM spreekt uitdrukkelijk niet van ziekten, maar van stoornissen, en hanteert welbewust een ruime definitie van wat daartoe gerekend moet worden. Het is opvallend hoezeer in de algemene omschrijving enerzijds het aspect van het lijden en de last overheerst, anderzijds het aspect van de beperkingen in het persoonlijk en maatschappelijk functioneren.

Impliciet spelen ook de gevolgen van de stoornissen voor anderen dan de patiënt zelf een rol in de beoordeling van de problematiek en het inzetten van een behandeling. De praktijk van de geestelijke gezondheidszorg begint niet bij de stoornis zelf, maar bij de 'handicaps' in het functioneren en de 'gevolgen' daarvan voor de patiënt en eventueel voor anderen. Dat is het uitgangspunt voor het proces van diagnostiek, dat de weg moet vinden naar het beginpunt van de problematiek. Het *biopsychosociale* model dat in de geestelijke gezondheidszorg aangehangen wordt, is in de praktijk veel meer een *sociopsychobiologisch* model, een stap voor stap verkennen van de lagen van het probleem, uitgaande van de oppervlaktelaag van wat van de problematiek zichtbaar en hoorbaar is. De problemen zijn eerst sociale feiten, die vervolgens als 'psychisch' relevant geïdentificeerd worden en in bepaalde gevallen leiden tot een hulpvraag bij de GGZ. Daar kan dan blijken dat wat eruit ziet als een psychische stoornis, toch eerder een psychisch probleem of misschien zelfs een puur somatische aandoening is. Wat er als een psychisch probleem uitziet, kan weer blijken een psychiatrische stoornis te overdekken, maar ook is het mogelijk dat juist de sociale problematiek de belangrijkste blijkt te zijn.

Uit de classificatie van stoornissen kan op zichzelf niet afgeleid worden of een stoornis licht of zwaar is, al is in de omschrijving van beelden als schizofrenie en depressie in engere zin de ernst van de aandoening onderdeel van de omschrijving zelf. Het vaststellen van de ernst of de zwaarte van de stoornis is onderdeel van het diagnostische proces en zal per patiënt kunnen verschillen, ook al is er op het eerste gezicht misschien sprake van een stoornis van hetzelfde type of lijkt de stoornis van de ene patiënt als zwaarder te moeten worden beschouwd dan die van de andere patiënt. De werkelijke betekenis van de stoornis hangt mede af van de last en het lijden dat de stoornis meebrengt voor de patiënt of voor anderen en van de mate waarin de patiënt er in zijn normale functioneren door gehinderd wordt.

Als 'licht' zal in het algemeen een stoornis gekwalificeerd worden die de patiënt niet al te zeer beperkt in zijn functioneren, geen verstoring van de waarneming van de werkelijkheid inhoudt en een relatief grote kans op natuurlijk herstel heeft. Als 'zwaar' gelden stoornissen die een sterke vertekening van de realiteit

met zich meebrengen, de realisatie van de mogelijkheden van de patiënt in de weg staan en bedreigend zijn voor het aangaan of het behoud van zijn sociale relaties. Het dilemma van de geestelijke gezondheidszorg is dat juist mensen met lichte stoornissen eerder geneigd zullen zijn zelf hulp te zoeken, terwijl bij zware stoornissen het vaak anderen dan de patiënt zelf zijn die hulp noodzakelijk vinden. De paradox van de geestelijke gezondheidszorg is dat lichtere problematiek vaak een intensievere therapeutische behandeling vraagt, terwijl de zwaardere problematiek vaak juist meer gebaat is bij langdurige sociale begeleiding van de patiënt.

In het verleden heeft dat te vaak tot discussies geleid over de vraag of de beste behandeling en de meeste tijd dan niet naar de 'neurotische' in plaats van naar de 'psychotische' patiënt gaat. Er was ook wel aanleiding voor deze discussie, maar dat wordt minder naarmate duidelijker in praktijk gebracht wordt dat het aanbod aan beide groepen anders moet zijn. De vraag naar de tijdsinvestering is in beide gevallen afhankelijk van de behoefte en van de vraag van de patiënten. De vraag naar de kwaliteit van de behandeling is afhankelijk van de deskundigheid die noodzakelijk is en adequaat kan worden ingezet. De vraag kan niet los van de hulpvraag en hulpbehoefte van de patiënt worden beantwoord.

#### 4.4 Het bereik van de geestelijke gezondheidszorg

De psychische stoornissen en psychische problemen zijn het domein van de GGZ. Theoretisch geldt dat voor de totale prevalentie en incidentie van de stoornissen en problemen, praktisch geldt dat natuurlijk alleen voorzover ze ook ter behandeling worden aangeboden, dat wil zeggen, voorzover mensen zich met hun moeilijkheden tot de GGZ wenden. Of zij dat doen, is afhankelijk van veel factoren: de lijdensdruk, maar ook de druk van de sociale omgeving, de bereikbaarheid van de hulpverlening en de aanvaardbaarheid van hulpverlening, de verwachting van behandelbaarheid, effectiviteit en doelmatigheid van hulpverlening, de betaalbaarheid, enz. Waar zij dat doen, is eveneens afhankelijk van veel factoren. In Nederland wordt een groot deel van de mensen met psychische stoornissen in het geheel niet behandeld (men zoekt of vindt geen hulp), een bijna even groot deel vindt hulp bij de huisarts of via de huisarts elders in de eerste lijn en een relatief klein deel komt uiteindelijk terecht in de GGZ. De inzet van hulpverlening op dat kleine deel is weer relatief groot. Het streven is erop gericht juist de mensen die er het slechtst aan toe zijn, in ieder geval de gespecialiseerde hulp van de GGZ te laten krijgen.

De GGZ heeft altijd een uit diverse bronnen samengestelde patiëntenstroom gekend, de huisarts is (net zo min overigens als in de lichamelijke gezondheidszorg!) nooit de enige verwijzer geweest - in de praktijk wel de belangrijkste en grootste. In geval van crises is de GGZ vaak zijn eigen eerste lijn, terwijl voor veel chronische patiënten in de samenleving de directe toegang tot de GGZ, als het nodig is, een belangrijk gevoel van veiligheid en zekerheid betekent. Er is een verwijzingslijn vanuit het AMW, vanuit de psychiatrische ziekenhuizen en de beschermende woonvormen, vanuit de politie en vanuit de scholen.

Voorstellen zoals door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gedaan, om de verwijzing dwingend via de huisarts te laten plaatsvinden, zijn niet gebaseerd op de natuurlijke efficiëntie van de praktijk en vinden qua effectiviteit geen steun in onderzoek. Informatie aan de huisarts over behandeling in de GGZ van één van zijn patiënten is wel wenselijk.

Meer geestelijke gezondheidszorg door de huisarts zelf lijkt nauwelijks mogelijk. De huisarts doet al heel wat op dit gebied - al is dat erg afhankelijk van de toevallige persoonlijke belangstelling van de huisarts voor psychische problematiek! - en de voorstellen zijn juist gericht op de inzet van de huisarts op gebieden waar de strikt medische expertise niet de eerste behoefte is. De inzet van de gezondheidszorgpsycholoog in de eerste lijn zal daar zeker soelaas kunnen bieden, al is de gedachte dat aan een maximum van 3-5 gesprekken te binden bijna weer een ontkenning van de betekenis van die inzet of van de ernst waarmee de hulpvrager zijn vraag stelt.

#### 4.5 Meer behandelingsmogelijkheden

Hoewel voor de diagnostiek van psychische stoornissen (nog) geen betrouwbare laboratoriumbepalingen mogelijk zijn, zijn er inmiddels wel heel wat redelijk betrouwbare instrumenten (vragenlijsten, observatieprotocollen, interviewschema's) beschikbaar gekomen ter ondersteuning van het diagnostische proces. De behandelingsmogelijkheden zijn eveneens sterk verbeterd. Er is op farmacologisch gebied een groot aantal redelijk tot zeer effectieve middelen ter bestrijding van psychoses, depressies, manieën, angst, dwang, agressie, impulsiviteit, slapeloosheid, onrust en verslavingen. Er is in het geval van een ernstige depressie een beperkt indicatiegebied voor de electroshocktherapie en andere somatische therapieën als de toediening van hoge doseringen licht of het onthouden van slaap.

Op het gebied van de psychotherapie heeft de traditionele inzichtgevende therapie ruim plaats moeten maken voor gesprekstherapie, gedragstherapie, cognitieve therapie, directieve therapie, systeemtherapie enz. In het algemeen wordt er nu gekozen voor een psychotherapie van relatief korte duur, gericht op de opheffing van specifieke klachten en moeilijkheden. Naast de persoonsgerichte psychotherapiën, die steeds meer een interpersoonlijk karakter (de relatie tussen cliënt en therapeut als belangrijkste element) krijgen, zijn de symptoomgerichte therapieën sterk naar voren gekomen. Ook voor mensen met ernstige psychische stoornissen is psychotherapie, eventueel in combinatie met psychofarmaca, in veel gevallen effectief gebleken. Meer dan in het verleden hebben psychotherapeutische behandelingen ook een steunend en structurerend karakter, dat wil zeggen dat ze de patiënt direct helpen in de omgang met dagelijkse problemen. De gemiddelde duur van een psychotherapie in een RIAGG bedraagt ongeveer 25 zittingen, bij een zelfstandig gevestigd psychiater of psychotherapeut is dat bijna 40 zittingen. Uiteraard kunnen de verschillen per patiënt, per psychotherapeut en per therapievorm erg groot zijn.

In de psychiatrische ziekenhuizen heeft het algemene regime van het volledig geregelde standaard 24-uursverblijf met weinig behandeling plaats gemaakt voor een veel gedifferentieerder aanbod, waarin behandeling, rehabilitatie en reïntegratie voorop staan. Daarnaast blijft de 'asiel' functie van belang: het bieden van een beschermde woon- en verblijfsmogelijkheid voor patiënten die niet zelfstandig kunnen leven. De asiel functie is niet meer beperkt tot het (terrein van het) psychiatrisch ziekenhuis alleen. Ook in sociowoningen en beschermde woonvormen kan de asiel functie worden ondergebracht.

Diagnostisch heeft de GGZ als geheel inmiddels een stevige basis en de mogelijkheden van behandeling en begeleiding zijn niet alleen toegenomen, maar ook wetenschappelijk beter onderbouwd. Vergeleken met tien of twintig jaar geleden worden meer mensen beter en korter geholpen, waarbij meer ook dan vroeger het accent ligt op de behandeling en begeleiding van mensen met de ernstigste problematiek. Tegelijkertijd is ook het besef gegroeid dat genezing in de zin van definitief en door de hulpverlening bewerkt herstel voor een deel van de patiënten niet mogelijk is. Een aantal patiënten, vooral mensen met schizofrenie, gaat onvermijdelijk slechter functioneren, mensen met een depressie moeten er rekening mee houden dat de kans groot is dat ze ooit weer opnieuw in een depressie terecht zullen komen. Persoonlijkheidsstoornissen zijn nog altijd moeilijk te behandelen, de ontwikkeling van dementie kan niet gestopt of vertraagd worden en bij verslavingen wordt vaak maar tijdelijk resultaat geboekt. Niettemin is al veel van de GGZ-hulp te beschouwen als 'evidence based medicine', of minstens als hulp overeenkomstig de 'collective sense of the profession'. De klinische blik en de traditie houden een plaats, maar deze is wel veel bescheidener geworden. Het lijden dat met een psychische stoornis gepaard gaat, kan in veel gevallen effectief bekort of beperkt worden, terwijl de handicaps van veel patiënten dankzij de nodige begeleiding minder zwaar worden gevoeld.

#### 4.6 Anders dan behandeling

In het domein van de geestelijke gezondheidszorg gaat het behalve om diagnostiek en behandeling, in ieder geval ook om begeleiding, verblijf, verpleging en verzorging. Strikt genomen moet men daar ook nog bescherming aan toevoegen, voor het geval het gaat om een gedwongen opname (15% van de opnames in het psychiatrisch ziekenhuis) of zelfs beveiliging, in geval van een plaatsing in een TBS-

instelling (ruim 200 nieuwe patiënten per jaar). Preventie, vooral programmatische preventie door de RIAGG, consultatie en advisering (eerste lijn, algemeen ziekenhuis, Arbodienst) hoort eveneens tot de taken van de GGZ.

Deze taken vallen voor een belangrijk deel in het gebied van de *openbare geestelijke gezondheidszorg*, waar niet de individuele hulpvraag centraal staat, maar de verantwoordelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor de uitvoering van een aantal belangrijke maatschappelijke functies. Dat kan betekenen dat de GGZ zelf actief achter patiënten aan moet, die zorg nodig hebben, maar deze weigeren (de 'bemoeizorg' voor de zogenaamde 'zorgwekkende zorgmijders'), of dat er in het kader van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) een bijdrage geleverd moet worden aan de in bewaring stelling van psychiatrische patiënten die op grond van hun stoornis gevaarlijk gedrag zijn gaan vertonen.

Sinds de oprichting van de RIAGG's is de activiteit op het gebied van de *preventie* van psychische problematiek sterk toegenomen. De RIAGG's zijn wettelijk verplicht preventie programma's uit te voeren, gericht op groepen die een duidelijk verhoogd risico lopen een beroep te moeten gaan doen op de geestelijke gezondheidszorg. Inmiddels is er door een gecoördineerde onderzoeks- en ontwikkelingsinspanning op dit moeilijke gebied belangrijke vooruitgang geboekt. Tegengaan van pesten op school, voorkomen van suïcide bij jongeren, ondersteuning van mantelzorgers voor dementerende ouderen, steun voor kinderen van psychiatrische patiënten, psycho-educatie voor familieleden van schizofrenie-patiënten, begeleiding bij rouw, het zijn een aantal voorbeelden van programma's die in de GGZ ingang hebben gevonden en zowel effectief als doelmatig zijn gebleken.

Minder zichtbaar dan preventie in programmavorm is de activiteit op het gebied van *consultatie, liaison en advisering*. Hier gaat het om de rol die de geestelijke gezondheidszorg op grond van haar kennis van psychische stoornissen en problemen vervult ten behoeve van andere sectoren en instellingen: huisarts, maatschappelijk werk, kindbescherming, ziekenhuizen, verpleeghuizen, politie, enz.

Het door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gedane voorstel om de sociaal-psychiatrische verpleegkundige (SPV) duidelijker een rol te geven in de relatie tussen huisarts en GGZ, is al steeds meer praktijk geworden om chronisch psychiatrische patiënten in de samenleving de noodzakelijke zorg te kunnen bieden (casemanagement). In alle andere gevallen is er aan een dergelijke liaisonfunctie van de SPV geen behoefte.

Al deze functies moeten gezien worden als onderdeel van het reguliere takenpakket van de GGZ, waar de sector ook de ruimte voor dient te krijgen. Juist door de toenemende integratie van de geestelijke gezondheidszorg op regionaal niveau en de voortdurende verscherping van de productiviteitseisen en productie-afspraken waar de GGZ aan moet voldoen - meestal uitgedrukt in directe patiëntencontacten - loopt de uitoefening van deze taken gevaar.

## 5. Beleid, vraag en aanbod in de GGZ

### 5.1 Waardering voor het GGZ-beleid

Nederland beschikt over een goede geestelijke gezondheidszorg, waar per jaar aan zo'n 4% van de bevolking (ongeveer 600.000 mensen) hulp geboden wordt. Mede dankzij de directe inzet van de rijksoverheid is in het laatste kwart van deze eeuw een systeem van geestelijke gezondheidszorg tot stand gekomen, dat in internationale vergelijking opvalt door de breedte en de kwaliteit van het aanbod. De erkenning van de geestelijke gezondheidszorg als een regulier onderdeel van de gezondheidszorg en de financiering uit AWBZ - nog geen tien jaar geleden voltooid - vormde het begin en het eindpunt van een beleid dat de GGZ voor alle burgers die deze hulp nodig hebben, toegankelijk maakt. De geografische bereikbaarheid werd gegarandeerd door een goede regionale ordening en spreiding van de voorzieningen over het land.

Kwalitatief heeft de hulpverlening een sterke ontwikkeling doorgemaakt, zowel in de sfeer van de bejegening als van de behandeling. De verschuiving van het accent van de zorg in de richting van meer ambulante hulp is in overeenstemming met de ook internationaal veranderde inzichten op dat gebied. Meer dan ooit is de GGZ gericht op de preventie en behandeling van psychische stoornissen. Meer dan ooit is ook duidelijk dat een deel van de patiënten met psychische stoornissen vooral veel zorg, aandacht en begeleiding behoeft. Genezing of herstel is voor hen niet, beperkt of pas op lange termijn bereikbaar. Het is bij uitstek een uitdaging voor de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg in het komende decennium een evenwicht te vinden tussen behandeling en bejegening, tussen een aanbod gericht op een meer kortdurende zowel als op een meer langdurige behoefte aan zorg, tussen een vooral op de opheffing van klachten of juist op de verlichting van beperkingen gerichte hulp.

Enkele decennia van welbewust ontwikkelings- en vernieuwingsbeleid hebben inmiddels geleid tot het ontstaan van een zelfbewuste en zelfstandige sector, die zich ook steeds meer een eenheid is gaan voelen. Het recente samengaan van de koepels van respectievelijk de ambulante (NVAGG), semimurale (NVBW) en intramurale zorg (NVGGZ) met de koepel van de verslavingszorg (NEVIV) in één nieuwe organisatie (Vereniging GGZ Nederland) is daar het bewijs van. Op regionaal niveau zijn vele instellingen al een fusie met elkaar aangegaan (vooral RIAGG, APZ en RIBW) of worden nauwe vormen van samenwerking ontwikkeld.

Tegen het jaar 2000 zal een groot deel van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland zijn plaats hebben gevonden in grote regionale organisaties, die verspreid over het verzorgingsgebied in relatief kleine eenheden een samenhangend pakket van zorg aan respectievelijk kinderen en jeugdigen, volwassenen, ouderen en verslaafden aan kunnen bieden. Het onderscheid tussen de echelons, vooral tussen tweede en derde lijn, heeft dan zijn structurele karakter verloren en de organisatorische schotten tussen de instellingen zijn dan geslecht.

Veel van de beleidskeuzes uit het recente verleden hebben zich inmiddels in de praktijk bewezen. De regionalisatie van de zorg, de uniformering van de financiering, de bevordering van vooral ambulante hulp, de versterking van de positie van de patiënt en de stimulering van kwaliteit en deskundigheid zijn goede principes en werkbare concepten gebleken. Het verzet dat er in de instellingen, beroepsgroepen en deelsectoren tegen veel van de nieuwe opvattingen is geweest, heeft inmiddels plaats gemaakt voor de overtuiging dat de ingeslagen weg een goede is geweest. Het initiatief voor de verdere voortgang op deze weg is ook steeds meer bij de sector zelf komen te liggen. De geleidelijke overgang van het meer bij de somatische zorg passende 'echelonsmodel' naar het 'circuitmodel' past daar bij en is bovendien meer in overeenstemming met de wens van politiek en overheid naar meer 'zorg op maat' en betere 'continuïteit van zorg'.

### 5.2 Erkenning van de hulpvraag

Het is goed als mensen hulp zoeken bij psychische stoornissen en problemen. Het is beter wanneer zij dat ook tijdig doen. Het is noodzakelijk dat de hulp, eventueel ook op initiatief van de hulpverlening zelf, in ieder geval geboden wordt aan mensen met de ernstigste aandoeningen, maar het is vanzelfsprekend dat het aanbod ook beschikbaar is voor mensen die niet onmiddellijk in deze categorie vallen.



Dat is niets anders dan wat in de lichamelijke gezondheidszorg al zo lang het geval is. In feite is een groot deel van de lichamelijke gezondheidszorg zelfs alleen voor gezonde mensen bedoeld. Het is vanzelfsprekend dat de lichamelijke gezondheid bewaakt, beoordeeld en bevorderd wordt. Dat is ook een taak van de lichamelijke gezondheidszorg, ten dele preventief, ten dele gezondheidsbevorderend, maar ten dele ook ongerustheid wegnemend. Het hoort tot de belangrijkste taken van de huisarts om vast te stellen dat er 'niets' aan de hand is. De bezorgdheid over ziekte gaat in die zin aan de zorg voor zieken vooraf.

Het begin van de reguliere geestelijke gezondheidszorg ligt op het continuüm van gezondheid en ziekte nog altijd veel dichterbij de pool 'ziekte' dan bij de pool 'gezondheid'. De ontwikkeling moet niet gaan in de richting van een beperking van het domein tot de patiënten met de ernstigste stoornissen, maar van een geleidelijke verruiming in de richting van geestelijke gezondheid zelf. De GGZ is er net als de lichamelijke gezondheidszorg voor de grote problemen, maar ook voor de kleine klachten, voor zieken, maar ook voor gezonden.

De geestelijke gezondheidszorg is een groot maatschappelijk goed, bedoeld om mensen in geval van psychische stoornissen te helpen hun toestand en hun functioneren weer zodanig te verbeteren, dat zij zelf verder kunnen in de zekerheid weer zoveel controle over hun eigen leven te hebben, dat zij in vrijheid keuzen voor de toekomst kunnen maken. Ook op het eerste gezicht 'kleine' klachten kunnen grote beperkingen met zich meebrengen. Vlieg angst is een goed te behandelen aandoening, die voor veel mensen zo weinig beperkingen oplevert, dat ze aan een behandeling geen behoefte hebben. Voor een internationale zakenman is vlieg angst een ramp. Omgekeerd hoeven ernstige stoornissen onder bepaalde voorwaarden maar kleine beperkingen tot gevolg te hebben. De manische depressie is een ernstig ziektebeeld, dat dankzij een goede instelling op lithium voor veel patiënten een normaal leven niet meer in de weg hoeft te staan.

De geestelijke gezondheidszorg is in vergelijkbare zin als de lichamelijke gezondheidszorg verantwoordelijk voor de uitvoering van een breed spectrum aan taken op het gebied van de 'cure' en de 'care' van stoornissen. Tot die taken behoort ook de preventie, de bevordering van de gezondheid, de consultatie en de advisering. Er is een groot volksgezondheidsbelang gemoeid met van een geestelijke gezondheidszorg die met recht als een pendant van de lichamelijke gezondheidszorg kan worden beschouwd. Dat betekent niet dat de geestelijke gezondheidszorg er qua structuur en organisatie precies zo uit moet zien als de lichamelijke gezondheidszorg. Het eigen karakter van de psychische problematiek vraagt om een daaraan aangepaste structuur. Voor een belangrijk deel bestaat die ook al.

### 5.3 Ontwikkeling van het hulpaanbod

Vijftig jaar geleden was de GGZ een sector zonder samenhang en samenwerking. De ruim 40 psychiatrische ziekenhuizen, op één na allemaal voor de Tweede en ten dele zelfs al ver voor de Eerste Wereldoorlog gebouwd, namen naar eigen goeddunken patiënten op uit het hele land, maar wezen ook even zo gemakkelijk patiënten af die hen te lastig of te bewerkelijk waren. In de ambulante zorg deden meer dan 200 meest kleine instellingen los van elkaar en vaak naast elkaar hun eigen specialistische werk op het gebied van de psychotherapie, de kinder- en jeugdhulpverlening, de sociale psychiatrie, de alcoholistenzorg en de levens- en gezinsvraagstukken. In veel algemene ziekenhuizen had men al een eigen psychiatrische afdeling (PAAZ) ingericht en op een aantal plaatsen bestonden ook vormen van deeltijdbehandeling en voorzieningen voor beschermd wonen. De contacten tussen de instellingen onderling waren meestal minimaal. De instellingen oriënteerden zich niet op elkaar, maar ook niet op de vraag van de patiënt of de behoefte van de samenleving, het ging uitsluitend om het eigen aanbod en geleidelijk aan ook steeds meer de eigen professionaliteit.

Tot het eind van de jaren vijftig werden psychiatrische opnames vooral betaald uit de 'armenkassen' (bijstand) van de gemeentes. Daarna werd een ziekenfondsvergoeding mogelijk en vanaf 1968 werd het verblijf in een APZ na het eerste jaar uit de AWBZ betaald. De overige instellingen - zeker de ambulante - waren nog vrijwel geheel afhankelijk van onzekere en wisselende subsidies en individuele betalingen. De

spreiding van de zorg over het land was heel erg onregelmatig. In steden als Amsterdam, Utrecht, Den Haag en Groningen was het aanbod ruim en gevarieerd, maar in Rotterdam, Tilburg of Enschede was nauwelijks iets te vinden. De geestelijke gezondheidszorg was in de ambulante sfeer bijna overal relatief klein, in de ziekenhuissfeer groot maar toch marginaal in het geheel van de gezondheidszorg en de maatschappij.

In vele nota's en beleidsbrieven tussen de Structuurnota Gezondheidszorg van Staatssecretaris Hendriks (1974) en de beleidsbrief Geestelijke Gezondheidszorg van Minister Borst (1997), in adviezen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, van de Ziekenfondsraad, de Gezondheidsraad en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid zijn de wisselende contouren van een nieuwe GGZ geschetst. De nadere uitwerking - soms ook in de vorm van alternatieven en protesten - vond en vindt plaats in de stukken van de koepelorganisaties, de instellingen zelf, de inspectie en de beroepsgroepen, grote gemeenten en provincies, patiëntenorganisaties en actiegroepen.

De idealen van de uiteindelijk nooit ingevoerde Wet Voorzieningen Gezondheidszorg - een samenhangend stelsel van voorzieningen in overeenstemming met de behoeften van de bevolking - zijn in de geestelijke gezondheidszorg bijna ongemerkt voor een belangrijk deel wel gerealiseerd. De kern van het stelsel wordt aan de extramurale kant gevormd door de RIAGG (Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg), die in een duidelijk afgebakende regio verantwoordelijk is voor een omvattend aanbod van hulp bij psychosociale, psychische en psychiatrische problemen van kinderen, volwassenen en ouderen. De RIAGG heeft ook een taak op het gebied van de preventie, de consultatie en de dienstverlening. In de ambulante zorg is naast de RIAGG het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs verantwoordelijk voor de zorg aan verslaafden en de preventie van middelenmisbruik. Op het gebied van de volwassenenzorg, vooral psychiatrie, zijn er dan ook nog de psychiatrische poliklinieken, terwijl zelfstandig gevestigde psychiaters, psychotherapeuten en psychologen daarnaast nog een vooral psychotherapeutisch aanbod doen. Anders dan RIAGG en CAD hebben zij (nog) geen verantwoordelijkheid voor het zorgaanbod in een bepaalde regio en hebben zij geen andere verplichtingen dan het leveren van zorg op verzoek van de patiënt, in een aantal gevallen in overleg met de RIAGG of de huisarts.

Op het gebied van de semimurale zorg moeten ten behoeve van de zorg voor chronische psychiatrische patiënten vooral de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW) genoemd worden. Als voorzieningen voor vooral chronisch psychiatrische patiënten hebben zij zich in relatief korte tijd snel ontwikkeld. In totaal gaat het nu om meer dan 5700 plaatsen. Tot de semimurale zorg horen ook de instellingen voor deeltijdbehandeling, die een intensief programma van zorg voor psychiatrische en psychogeriatrische patiënten aanbieden. Veel van wat feitelijk aan deeltijdbehandeling wordt aangeboden, is in de capaciteitscijfers onzichtbaar, omdat het formeel om de in bedden uitgedrukte capaciteit van psychiatrische ziekenhuizen gaat. Hetzelfde geldt eigenlijk ook voor het beschermd wonen: een belangrijk deel van de chronische populatie van de ziekenhuizen verblijft in beschermende woonvormen (sociowoningen), die als zodanig niet zichtbaar zijn in het totaal van de ziekenhuiscapaciteit. 'Interne substitutie', de vervanging van traditionele ziekenhuisbedden door behandel- en verblijfplaatsen onder de organisatorische verantwoordelijkheid van het ziekenhuis, is een vorm van zorgvernieuwing die in Nederland op grote schaal is toegepast.

De intramurale geestelijke gezondheidszorg wordt vooral bepaald door de algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ) en - uitsluitend voor kortdurende opnames - de PAAZ, de Psychiatrische Afdeling van het Algemeen Ziekenhuis, en de PUK, de Psychiatrische Universiteitskliniek. Daarnaast zijn er een aantal kleine gespecialiseerde ziekenhuizen voor o.a. alcohol- en drugsverslaafden, kinderen en adolescenten, en uiteraard ook TBS-patiënten.

De meeste van deze voorzieningen, PAAZ en PUK tot voor kort uitgezonderd, hebben zich pas, dankzij de AWBZ, echt kunnen ontwikkelen en vernieuwen. Bovendien heeft de rijksoverheid ervoor gezorgd dat de spreiding van de capaciteit van in ieder geval de belangrijkste voorzieningen (RIAGG, RIBW, APZ) over het land veel regelmatig is geworden. Er is naar gestreefd een doelmatig, doorzichtig en gelijk toegankelijk aanbod van goede kwaliteit tot stand te brengen. Naast de activiteiten op het gebied van de

deskundigheidsbevordering en de versterking van de rechtspositie van de patiënt moet hier in het bijzonder nog genoemd worden de inmiddels voor een belangrijk deel afgeronde Actie Huisvesting Psychiatrie, die leidde tot een belangrijke vernieuwing en verbetering van de bouwkundige kwaliteit van psychiatrische ziekenhuizen. In 1978 was nog slechts 33% van de huisvesting voor de ruim 22.000 erkende bedden in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) als 'goed' te kwalificeren, in 1991 was dit 76%. Het predikaat 'slecht' gold in 1978 voor 37% van de bedden, in 1991 nog voor 7%.

De samenvoeging van de honderden kleine ambulante instellingen tot bijna 60 Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg in 1982 hield ook tevens een herschikking van de capaciteit over het land in en de toekenning van een budget uit de AWBZ. Het streven om de psychiatrische opname zoveel mogelijk te vervangen door ambulante behandeling en begeleiding bij wonen en werken van (chronische) psychiatrische patiënten leidde tot het ontstaan van nieuwe voorzieningen (de Regionale Instelling voor Beschermd Wonen - RIBW), van een ander gebruik van de ziekenhuiscapaciteit (socio-woningen, deeltijdbehandeling), en een sterkere inzet voor de integratie en reïntegratie van patiënten in de samenleving.

#### 5.4 De lasten en de lusten

Terugkijkend op een kwart eeuw ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg, valt op hoe belangrijk daarin de rol van regering en rijksoverheid is geweest. Geen sector van de gezondheidszorg heeft zo sterk onder regie van de overheid gestaan. In geen sector zijn de gezondheidszorgdoelstellingen van de overheid ook zo serieus tot uitgangspunt van het eigen handelen gemaakt. De doelstellingen van de overheid passen in het concept van een verzorgingsstaat, die gebaseerd is op de gedachte van verdelende rechtvaardigheid waar het de 'lusten' betreft en van rechtvaardige verdeling waar het de 'lasten' betreft. Goede hulp bij psychische problemen hoort voor iedereen beschikbaar te zijn die met deze problemen kampt, en niet het prerogatief te blijven van de meest welvarenden. Goede hulp is betaalbaar op grond van een solidariteitsconcept, dat er vanuit kan gaan dat zelfs hoge individuele behandelingskosten betaalbaar blijven zolang de kosten gespreid kunnen worden over de grote groep die op dat moment geen behandeling nodig heeft. Dat geldt voor de GGZ nog onverkort.

Veel van de ervaringen die inmiddels zijn opgedaan met de realisering van de maatschappelijke doelstellingen voor de GGZ, zijn positief en het waard behouden te blijven in de structuur van de GGZ in de volgende eeuw. Wat als beleid goed was voor de GGZ en wat ook voor de sector in de toekomst behouden zal moeten blijven, wordt in het volgende hoofdstuk nader uitgewerkt, steeds met aanduiding van de punten waar het nog beter kan.

## 6. Wat goed was voor de GGZ en wat nog beter kan

### 6.1 Het principe van de regionale verantwoordelijkheid

Psychiatrische ziekenhuizen, instellingen voor beschermd wonen en RIAGG's hebben elk een regionale verantwoordelijkheid. Dat wil zeggen, dat zij elk gehouden zijn geestelijke gezondheidszorg te bieden aan iedereen die dat in een bepaald welomschreven gebied nodig heeft. Ze kunnen die verantwoordelijkheid niet afschuiven op een andere instelling van hetzelfde type (want die is er in het betrokken gebied niet) en al evenmin hun werkgebied naar elders verleggen of willekeurig uitbreiden.

Het principe van de regionale verantwoordelijkheid heeft de verschillende instellingen dichter bij elkaar gebracht, omdat zij voor dezelfde patiënten verschillende functies vervullen en daarvoor over en weer naar elkaar moeten doorverwijzen. Dat heeft geleid tot het ontstaan van circuits van zorg, waarbinnen patiënten relatief snel en gemakkelijk en wisselend gebruik kunnen maken van zorg van verschillende intensiteit ('continuïteit van zorg'). Regionalisatie betekende niet alleen de garantie van een gepast en ook kwantitatief passend aanbod aan zorg in een regio, maar het was ook een impuls voor meer samenwerking tussen de verschillende instellingen. Mede daardoor kon de huidige tendentie in de richting van fusie tussen instellingen zo snel dominant worden.

Het regionaliseringsconcept is op zichzelf duidelijk genoeg, maar de afbakening van de verschillende regio's ten opzichte van elkaar en de verhouding tussen de verschillende regio-indelingen is dat nog niet. De indeling van de RIAGG-regio's is anders dan die van de RIBW's en de APZ-en (er zijn meer RIAGG-regio's). De GGZ-regio's lopen niet overal synchroon met de gezondheidsregio's, voor de verslavingszorg geldt een heel andere regio-indeling en voor de jeugdhulpverlening eveneens. Juist gezien de ontwikkeling in de richting van meer samenwerking en ook fusie is het van belang dat er een duidelijke regio-indeling voor de GGZ komt, die ook de ontwikkeling van een regiovisie gemakkelijker maakt. In het recente verleden heeft de rijksoverheid de regio als bestuurlijk concept alweer verlaten, maar nu de ontwikkeling toch zo is dat de functionele regio-indeling per type instelling vervangen wordt door een GGZ-organisatie op regio-basis, verdient het aanbeveling dat de overheid in ieder geval bevordert dat er in de GGZ in overleg met de zorgkantoren, de patiëntenorganisaties, de provincies en de gemeenten afspraken worden gemaakt over de grenzen van de regio's en de aard van het zorgaanbod dat op dat niveau minstens gerealiseerd zou moeten worden.

### 6.2 De wenselijkheid van openbare geestelijke gezondheidszorg

De regionale verantwoordelijkheid voor een samenhangend GGZ-aanbod heeft ook binnen de GGZ weer opnieuw aandacht doen ontstaan voor de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), die actief aangeboden wordt aan patiënten die geen zorg vragen en deze vaak ook niet willen, ondanks het feit dat dit door anderen (familie, buurt, politie, overheid, hulpverleners) dringend noodzakelijk wordt gevonden. Van de GGZ wordt verwacht dat zij zich in de vorm van 'bemoeizorg' inzet voor een goede opvang en begeleiding van vooral de 'zorgwekkende zorgmijders'. Dat zijn patiënten die er slecht aan toe zijn, vaak ook dakloos zijn, iedere vorm van hulpverlening weigeren en ondanks de overlast die ze veroorzaken toch niet gevaarlijk genoeg geacht worden om een gedwongen opname via de Wet BOPZ mogelijk te maken.

De ontwikkeling van de OGGZ vraagt om een goede samenwerking tussen vooral RIAGG en GGD, maar ook met de politie, het Leger des Heils en de Sociale Dienst of het Bureau Herhuisvesting. De recente beleidsbrief OGGZ (juli 1997) van Minister Borst - een laat antwoord op het advies Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (1991) van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid - geeft het formele beleidskader daarvoor aan.

Een goede regeling van de OGGZ is ondenkbaar zonder een goede regeling van de mogelijkheden van gedwongen opname en behandeling. Meer zorgcoördinatie en zelfs meer 'bemoeizorg' zijn toch niet altijd voldoende om resultaat te boeken. Ook overwegingen van doelmatigheid, die op alle andere terreinen van de geestelijke gezondheidszorg geacht worden een grote(re) rol te gaan spelen, stellen grenzen aan de

intensiteit en de duur van de pogingen met de patiënt een contact tot stand te brengen en hem tot het aanvaarden van hulp te overreden. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg heeft in zijn recente advies 'Beter (z)onder dwang?' voor een zeer terughoudend standpunt gekozen ten aanzien van de uitbreiding van de mogelijkheden in de GGZ ook buiten gevaarsituaties dwang te mogen toepassen. Het regeringsstandpunt laat zien dat de regering van plan is op dat gebied toch meer ruimte voor actief ingrijpen in apert ongewenste en riskante situaties te bieden.

De realisering van de verantwoordelijkheid voor de openbare geestelijke gezondheidszorg maakt het ook noodzakelijk de mogelijkheden voor het gebruik van dwang in de behandeling en eventueel de opname van psychiatrische patiënten in onhoudbaar geachte situaties te verruimen. Het advies van de RVZ gaat voorbij aan juist het lot van de 'zorgwekkende zorgmijders', die zelf niet gevaarlijk zijn, maar zich wel in een voor hen gevaarlijke situatie of toestand bevinden en geacht kunnen worden onvoldoende wilbekwaam te zijn om hun eigen belang nog goed af te kunnen wegen. Tussen de Wet BOPZ, de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst en de Wet op het Mentorschap bevindt zich nu een gebied, dat ten onrechte opengelaten wordt. Het is juist daar dat zich de als ernstigst gevoelde problematiek afspeelt.

### **6.3 De praktijk van een gemeenschappelijke financieringsgrondslag**

Sinds 1989 worden vrijwel alle GGZ-instellingen (met uitzondering van de ambulante verslavingszorg in het CAD) gefinancierd uit de AWBZ. Dat maakt de patiënt tot een verzekerde voor het type zorg waar de meeste mensen zich zeker niet vrijwillig voor zullen verzekeren en tegelijkertijd niet in staat zullen zijn zelf de kosten van een wat langere of intensievere behandeling te dragen. Hoewel er formeel nog geen sprake is van een GGZ-budget per regio, is die situatie materieel al zeer dichtbij gekomen. Voor alle instellingen wordt gewerkt met een jaarbudget en met productieafspraken. Eén zorgverzekeraar in de regio treedt op als AWBZ-zorgkantoor. Dat maakt de infrastructuur van de financiering licht en overzichtelijk en houdt de transactiekosten laag. Dat is belangrijk, omdat de druk van de vele regelingen rond de geestelijke gezondheidszorg toch al een sterke autonome bureaucratiseringstendentie met zich meebrengt. Maatregelen worden te weinig geëvalueerd in het licht van wat ze zelf aan kosten met zich mee brengen. De neiging tot het invoeren van nieuwe maatregelen zou zeker minder worden als - zoals tot nu toe te vaak niet alleen de zorg, maar juist ook de infrastructuur rond de zorg met efficiencybeoordelingen en -kortingen geconfronteerd moeten worden.

De gemeenschappelijkheid - nog niet uniformiteit! - van de AWBZ-financiering is op zichzelf niet de oorzaak geweest van het proces van toenemende samenwerking tussen instellingen. Het is wel een belangrijke faciliterende factor, als er eenmaal afspraken over samenwerking of zelfs fusie gemaakt moeten worden. Alleen van de zorgvernieuwingsgelden, die beschikbaar kwamen in het kader van samenwerkingsprojecten, kan gezegd worden dat ze een eigen impuls aan de regionale samenwerking hebben gegeven. Een beleid dat gericht is op het financieel belonen van samenwerking en het structureel versterken van de mogelijkheden de zorg te flexibiliseren blijkt in de praktijk tot goede, maar wel van regio tot regio verschillende uitkomsten te leiden.

Het grote probleem van de GGZ is niet de financieringsgrondslag, maar het tekortschieten van de budgetten om de groeiende en zich steeds verder differentiërende vraag naar zorg nog goed aan te kunnen. Daardoor ontstaan er wachtlijsten in de zorg en wordt intern in de GGZ discussie opgeroepen over de vraag tot hoever het domein van de zorg van de GGZ nu eigenlijk reikt. Extern heeft dat mede geleid tot de gedachte aan een 'knip' in de GGZ, die voor bepaalde zorg (in dit geval psychotherapie) een andere wijze van financiering met zich mee zou brengen en tegelijkertijd tot een bezuiniging zou moeten leiden. Minister Borst heeft in de beleidsbrief GGZ van juli 1997 duidelijk laten blijken voorlopig noch voor een principiële domeinbeperking, noch voor het zetten van een knip te voelen.

Financieel zou een knip in de GGZ bij de psychotherapie nauwelijks zoden aan de dijk zetten, maar het gevaar van een kwalitatieve en sociale scheuring in de GGZ moet alleszins serieus genomen worden. In veel landen bestaat een kwalitatief relatief laagwaardige psychiatrische zorg voor 'arme mensen' naast een

hoogwaardige, op psychotherapeutische leest geschoeide zorg voor de beter gesitueerden. Nederland is een van de weinige landen waar de geestelijke gezondheidszorg volledig deel is van de voor iedereen gelijkkelijk toegankelijke arrangementen van de verzorgingsstaat. Dat moet zo blijven, zowel om redenen van sociale rechtvaardigheid als van hulpverleningskwaliteit. Om die reden is ook de invoering van steeds meer en steeds andere eigen bijdrage-regelingen in de geestelijke gezondheidszorg, met name in het gebied van de psychiatrie, niet wenselijk.

In de geestelijke gezondheidszorg bestaat een financiële anomalie, die met de toenemende krapte in de budgetten steeds sterker gevoeld wordt. Met name in de ambulante en psychotherapeutische sector is de groep van zelfstandig gevestigden, die strikt particulier (moeten) werken, snel gegroeid. Het gaat hier om psychologen en psychotherapeuten, die een belangrijk deel van de hulpvraag oppakken, die door gebrek aan capaciteit niet door de AWBZ-gefinancierde instellingen en eveneens uit die bron gefinancierde zelfstandige gevestigde psychiaters kan worden beantwoord. Tussen de AWBZ-financiering en de particuliere betaling van in principe dezelfde activiteiten voor dezelfde problemen gaapt een gat, dat macro-economisch niet erg groot is, maar op de micro-economische schaal van het vrij besteedbare individuele inkomen voor veel patiënten buitengewoon voelbaar is. De vraag naar deze vormen van psychotherapeutische en psychologische hulp is groot, maar door de beperkingen in het budget en in de toelating van de verschillende beroepsgroepen tot de betaling uit de sociale ziektekostenverzekeringen is het aanbod sociaal zeer ongelijk verdeeld geraakt. Voor de hulpvrager is het bovendien niet erg goed te begrijpen dat dezelfde kwalificaties en erkenningen de ene beroepsbeoefenaar wel toegang tot de sociale verzekeringen geeft en de andere niet.

De ongerechtvaardigdheid van het verschil wordt nog schrijnender, wanneer de minister van Volksgezondheid in haar beleidsnota's wel uitdrukkelijk verwijst naar de belangrijke bijdrage aan de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn van juist beroepsbeoefenaren, die voor hun inkomen geheel afhankelijk zijn van hun patiënten. Voor deze financieringsproblematiek moet een oplossing gevonden worden, die recht doet aan de kwalificaties van de betrokken hulpverleners en aan de hulpvraag in de bevolking. Het pleidooi van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in het advies 'Structuur en Functioneren van de GGZ in de 21e eeuw' (1998) om de gezondheidszorgpsycholoog in de eerste lijn uit de sociale ziektekostenverzekering te betalen, verdient dan ook steun.

#### **6.4 Het ideaal van de zorg op maat**

Continuïteit van zorg en zorg op maat zijn concepten die dicht bij elkaar staan, maar toch verschillend zijn. Met continuïteit van zorg wordt een relativisering van de grenzen tussen de verschillende GGZ-instellingen bedoeld, in die zin dat de overgang van de ene naar de andere instelling voor de patiënt geen onderbreking van de hulpverlening betekent. Ook in geval van het afsluiten van een opname moet de patiënt erop kunnen rekenen, dat hij na terugkeer in de samenleving zorg krijgt, voorzover en voorzolang dat nodig is. Zorg op maat veronderstelt continuïteit van zorg, maar brengt als concept toch vooral tot uitdrukking dat de patiënt niet meer en geen andere zorg geboden moet worden dan welke hij wenst en ook nodig heeft. Zo licht als mogelijk, zo zwaar als nodig, en dat steeds op het juiste moment.

Er is een duidelijke neiging in de zorg en in het beleid om de rehabilitatie en reïntegratie van psychiatrische patiënten in toenemende mate vorm te geven in een scherper doorgetrokken scheiding tussen woon-, werk-, welzijns- en behandelvoorzieningen voor psychiatrische patiënten. Principieel is daar meer voor dan tegen, maar praktisch gesproken kan het ertoe leiden dat de patiënt toch niet meer de zorg en de aandacht krijgt die hij nodig heeft. De GGZ is mede tot een integrale benadering van de verschillende behoeften van de patiënten moeten komen, juist op grond van de ervaring dat psychiatrische patiënten op veel plaatsen de laatste in de rij zijn. Een scherpe scheiding van de verschillende levensgebieden zou ook ten onrechte de suggestie kunnen wekken dat in de behandeling van psychische stoornissen geen rekening gehouden zou hoeven te worden met de uitwerking van de stoornissen op werk, partner en gezin. Integendeel, het is juist aan de problemen in het dagelijkse functioneren dat wij psychische stoornissen

herkennen. Het zijn ook deze problemen die deze stoornissen zo belangrijk en soms ook zo tragisch maken. De behandeling in de geestelijke gezondheidszorg omvat meer dan het tegengaan van de symptomen van de stoornis, het gaat ook om de opheffing van de beperkingen, de handicaps en de negatieve sociale gevolgen. In de praktijk is dat vaak erg moeilijk, met name ook omdat veel voorzieningen op het gebied van het dagelijks leven (wonen, huishouden, werken, recreëren) voor veel patiënten niet of nauwelijks beschikbaar zijn. Op dit gebied is een versterkte inspanning nodig om de patiënt inderdaad zorg op maat te kunnen bieden.

Hoe belangrijk de concepten van continuïteit van zorg en zorg op maat ook zijn, toch gaat het hier om eisen aan de hulpverlening in de GGZ, die vooral gesteld worden met het oog op de situatie van de chronische psychiatrische patiënten, die gedurende vele jaren en op meerdere levensgebieden op de hulp en begeleiding vanwege de geestelijke gezondheidszorg zijn aangewezen. Het gaat om een belangrijke minderheid van alle patiënten van de GGZ (naast de ruim 11.000 verblijfspatiënten in de psychiatrische ziekenhuizen en de bijna 6.000 patiënten in de beschermende woonvormen waarschijnlijk nog eens 30.000 - 35.000 in de maatschappij verblijvende patiënten), maar wel om een minderheid.

Er is een tijd geweest dat de chronische patiënten niet of nauwelijks de aandacht kregen in de geestelijke gezondheidszorg die zij nodig hadden. Er werd voor hen ook nauwelijks iets gedaan aan de ontwikkeling van nieuwe vormen van hulpverlening. Inmiddels is dat sterk veranderd en lijkt er in de geestelijke gezondheidszorg zelfs sprake van een wat eenzijdig wordende aandacht voor juist de problematiek van deze groep. In veel van de samenwerkingsverbanden en fusies lijkt de problematiek van de chronische patiënten het uitgangspunt van de nieuwe organisatie te vormen. De belangen van de patiënten die gebaat zijn bij vooral ambulante hulp spelen minder een rol. Hun belang bij de GGZ is letterlijk en figuurlijk beperkt, maar door hun aantal zijn ze toch in hoge mate bepalend voor de instroom in en het aanbod aan GGZ. Het is daarom van belang dat er in de geestelijke gezondheidszorg een nieuw evenwicht gezocht wordt tussen enerzijds de inzet voor mensen met ernstig invaliderende problematiek en een langdurige hulpbehoefte en anderzijds voor mensen met psychische stoornissen en problemen, die er vooral belang bij hebben snel, gericht en meestal kortdurend geholpen te worden. Zorg op maat is voor hen vooral onmiddellijke, directe en persoonlijke hulpverlening, met een minimum aan overleg en bureaucratie. Als het goed is, hebben zij geen behoefte aan een andere continuïteit dan die van de afspraken met hun eigen hulpverlener. Net als in de lichamelijke gezondheidszorg is in de geestelijke gezondheidszorg voor het merendeel van de patiënten geen complexe zorgorganisatie nodig. Net als de lichamelijke gezondheidszorg zou de geestelijke gezondheidszorg ook in de lichte maat van zorg moeten kunnen voorzien. Niemand wil in de somatische gezondheidszorg de toegang tot de huisarts beperken om ruimte te scheppen voor hartchirurgie.

## **6.5 De versterking van de positie van de patiënt**

Zeker de chronische psychiatrische patiënt is als persoon weinig in tel geweest. Al meer dan twintig jaar geleden is men (actiegroepen van patiënten en familieleden, gezondheidsjuristen, groepen hulpverleners) begonnen - vaak onder de aanvankelijke tegenwerking van veel hulpverleners, directies, besturen en ook de inspectie - meer ruimte te vragen voor wat de patiënt vindt en wil. Daarin paste ook meer aandacht voor zaken als belangenbehartiging, informed consent, klachtregelingen, verantwoording van de toepassing van middelen en maatregelen. Naast de externe rechtspositie (bescherming tegen dwangopname), die de meeste politieke aandacht heeft gekregen, is juist de interne rechtspositie (de rechten van de patiënt in het ziekenhuis) onderwerp geworden van vele nieuwe regelingen.

De rechtspositie van vooral de psychiatrische patiënt is inmiddels intern en extern behoorlijk versterkt, zowel door de Wet BOPZ als door de erkenningseisen van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, de invoering van de Wet op het Mentorschap, de Kwaliteitswet, de Wet Klachtrecht, de Wet Medezeggenschap en de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst. In alle intra-en semimurale instellingen zijn nu patiëntenraden, vaak ook familieraden, en heeft de patiënt toegang tot een patiëntenvertrouwenspersoon.

Een deel van de patiëntenwetgeving (vrijwel alle wetten op dit gebied zijn overigens pas ruim na 1990 ingevoerd) heeft betrekking op alle patiënten in de gezondheidszorg, een deel is specifiek voor de geestelijke gezondheidszorg. In beide gevallen is het van belang vast te stellen, dat juist de positie van psychiatrische patiënten bijzondere bescherming behoeft, omdat bij hen meer dan elders in de gezondheidszorg de problematiek in belangrijke mate samenvalt met de persoon. Naar verhouding zijn er in de intra- en semimurale geestelijke gezondheidszorg ook veel patiënten op langdurige of zelfs permanente zorg aangewezen. Maar zelfs wanneer dat niet zo is, is het verschil in verblijfsduur met de gemiddelde opnameduur in een algemeen ziekenhuis (minder dan 10 dagen) zo groot, dat een regeling van de omgang tussen instelling en patiënt meer dan relevant blijft. Dat geldt in principe ook voor de patiënten in de verpleeghuizen en de instellingen voor verstandelijk gehandicapten, maar in de geestelijke gezondheidszorg is het in alle opzichten allemaal toch wat ingewikkelder. Vergeleken met demente bejaarden en verstandelijk gehandicapten is de aanspreekbaarheid, de wilsbekwaamheid en de zelfstandigheid van psychiatrische patiënten sterk wisselend, zowel tussen personen als binnen één persoon of over een langere tijdsperiode gezien.

De bijzondere positie van de patiënt in de geestelijke gezondheidszorg heeft ook gevolgen (gehad) voor de bejegening. Het besef van de noodzaak van zorgvuldigheid en respect, van empathie en betrokkenheid heeft in de instellingen voor een belangrijke cultuurverandering gezorgd. Er is minder sprake van paternalisme en de hiërarchische bevelsstructuur van het oude psychiatrisch ziekenhuis heeft in belangrijke mate plaats gemaakt voor een meer democratische en egalitaire onderhandelingshuishouding. De ontwikkelingen op dit gebied zijn nog lang niet ten einde.

Op het gebied van de wetgeving zijn de belangrijkste stappen ten aanzien van de patiëntenrechten inmiddels wel gezet. Het belangrijkste probleem zit hier toch in de toepassing en de reikwijdte van de BOPZ. Al eerder is er hier op gewezen dat op dit gebied een wettelijke regeling nodig is die het mogelijk maakt grotere prioriteit te geven aan wat de patiënt nodig heeft ten opzichte van wat de patiënt zegt niet nodig te vinden. Het gaat om de middenweg tussen helemaal niets (kunnen) doen en het (moeten) overgaan tot een dwangopname.

Op het niveau van de individuele patiënt kan de sterke regionalisering van vooral de psychiatrische hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg een probleem worden op het moment dat hij - als geregeld gebruiker van de GGZ - het gevoel heeft niet meer verder te kunnen met de voorzieningen in de eigen regio. Volgens de regels van de AWBZ is het dan niet zo gemakkelijk in een andere regio hulp te krijgen en naarmate de instellingen in de eigen regio nauwer met elkaar samenwerken - of zelfs fuseren - kan dat voor de patiënt beklemmender zijn. Patiënten die op grond van minder goede ervaringen niet langer meer gebruik willen maken van het aanbod aan zorg in de eigen regio - met name het aanbod van de geïntegreerde instelling - zouden meer en gemakkelijker dan nu de mogelijkheid moeten krijgen via het zorgkantoor elders in behandeling te kunnen komen. Om een volledig monopolie te voorkomen zou in elke regio ook buiten de geïntegreerde organisatie nog een zeker aanbod moeten blijven bestaan. Met inachtneming van de nodige kwaliteitsvoorwaarden (intervisie) moet er in een regio ruimte blijven voor alternatieven voor de regionale instelling en voor zelfstandig gevestigden.

Ook boven het niveau van de individuele patiënt wordt de groeiende samenwerking tussen de kernvoorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg (RIAGG, RIBW, APZ) met enige zorg gevolgd. De organisaties van patiënten en familieleden van patiënten zien zich in steeds meer regio's geconfronteerd met een zorgmonopolie en daarmee ook met een steeds meer uniforme opvatting over het hulpverleningsbeleid op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg in de betreffende regio. De behoefte aan een 'countervailing power' wordt steeds sterker gevoeld. Voor de organisaties van patiënten en familieleden is daar in het kader van de huidige wetgeving maar ten dele in voorzien - en dan nog vooral binnen en niet ten opzichte van de instelling. Zowel wat betreft mankracht als middelen zijn hun feitelijke mogelijkheden zeer beperkt. Men is onderling ook nogal verdeeld, zodat de beperkt beschikbare mankracht ook nog versnipperd wordt. Het in enkele regio's al in ontwikkeling zijnde initiatief om vanuit de patiënten- en familieledenorganisaties eigen regionale informatiecentra met betrekking tot de psychische problemen en



de GGZ op te zetten, verdient zeker sterk ondersteuning. 'Empowerment' is niet alleen een kwestie van participatie in besturen en een onafhankelijke behandeling van klachten, maar ook van het beschikken over vitale informatie over welke behandelingsmogelijkheden er zijn voor bepaalde problemen en wat de goede en zwakke kanten zijn van het specifieke aanbod in de regio. De inrichting van een landelijk zorgvernieuingsfonds vanaf 1998 voor 'consumer run' projecten kan helpen in de leemten te voorzien.

De rijksoverheid zet zich op dit moment in voor een nauwere samenwerking en uiteindelijk fusie van de patiënten- en familieledenorganisaties op landelijk niveau. Dat is door de onderlinge verschillen in opvatting en positie al niet gemakkelijk, maar op regionaal niveau biedt het in eerste instantie ook weinig soelaas voor het daar bestaande tekort aan mogelijkheden adequaat te participeren in de besluitvorming ten aanzien van en de controle op de geestelijke gezondheidszorg. Van de organisaties van patiënten en familieleden wordt veel gevraagd en veel verwacht. Van een financiële en professionele ondersteuning van hun activiteiten is nog maar nauwelijks sprake. Op het departement van volksgezondheid is de beleidsverantwoordelijkheid ten aanzien van de participatie van de patiëntenorganisaties bovendien niet geïntegreerd in het beleid ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg.

Dit alles pleit voor een versterking van de positie van de patiënten- en familieledenorganisaties op regionaal niveau door hen financieel in staat te stellen zich met voldoende deskundigheid en mankracht in te kunnen zetten voor de behartiging van de belangen van de patiënten in de regio. Onderbrenging van het patiëntenbeleid in de geestelijke gezondheidszorg bij de voor de geestelijke gezondheidszorg verantwoordelijke directie op het Ministerie van VWS lijkt betere garanties te bieden voor een geïntegreerd beleid op dit gebied. Dat de geestelijke gezondheidszorg op VWS sinds kort onder het directoraat-generaal Welzijn valt, is een anomalie die op termijn alleen maar voor verwarring en onduidelijkheid kan zorgen.

#### **6.6 De noodzaak van bevordering van de deskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg**

Een bijzonder kenmerk van de geestelijke gezondheidszorg, met name in de sfeer van de behandeling, is het sterk multidisciplinaire karakter van het werk. Op alle niveaus van de hulpverlening is er sprake van de inzet van mensen met een verschillende achtergrond en soms een gelijke specialisering of met dezelfde achtergrond en een heel verschillende specialisering. Op zichzelf hoeft dat geen probleem te zijn, maar nog te vaak moet de geestelijke gezondheidszorg een beroep doen op mensen die in het geheel niet of onvoldoende opgeleid zijn voor het werk in deze sector. Tegelijkertijd is de afbakening van taken en functies tussen de verschillende beroepsgroepen onvoldoende duidelijk. Psychiaters doen voor een belangrijk deel hetzelfde werk als psychotherapeuten of ook sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, bij psychologen moet steeds gekeken worden naar de mate waarin er sprake is van het volgen van postdoctorale opleidingen om een adequaat beeld van hun deskundigheid te krijgen. Mensen met dezelfde opleiding (psychotherapeuten bijvoorbeeld) worden afhankelijk van hun oorspronkelijk discipline geheel verschillend ingeschaald. Het is natuurlijk ook vreemd dat zelfstandig gevestigde psychiaters met een vooral psychotherapeutisch georiënteerde praktijk voor hun werk wel aanspraak kunnen maken op een AWBZ-vergoeding en zelfstandig gevestigde (Psychologen) psychotherapeuten helemaal niet of slechts beperkt.

De verheldering van de verhoudingen op dit gebied - op basis van aantoonbare deskundigheid - zal op termijn ook het probleem van de onzekere planning van de behoefte aan mankracht kunnen oplossen.

#### **6.7 Ander overleg met het veld**

In de afgelopen decennia is de geestelijke gezondheidszorg dichter bij de samenleving gekomen en is ook het gebruik dat er van de geestelijke gezondheidszorg wordt gemaakt, sterk toegenomen. Zowel de RIAGG's als de psychiatrische ziekenhuizen hebben in relatief korte tijd een verdubbeling van hun patiënten-aantallen te verwerken gekregen. Het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg is financieel, geografisch en organisatorisch beter toegankelijk geworden en is zich ook meer gaan richten op de vraag en de behoefte van de patiënten.

Het principe van de regionale verantwoordelijkheid, de praktijk van de gemeenschappelijke financieringsgrondslag, de theorie van de zorg op maat en de rechtspositie van de psychiatrische patiënt zijn uitstekende uitgangspunten gebleken voor de ontwikkeling van de GGZ in Nederland. Op al deze punten is er ook in de komende jaren nog het nodige werk te doen en in een aantal gevallen zijn ook correcties en bijstellingen nodig. De GGZ heeft aanvankelijk zeker moeite gehad met de acceptatie van de uitgangspunten, maar inmiddels heerst er grote overeenstemming over de waarde en de bruikbaarheid ervan. Er is geen reden deze uitgangspunten opnieuw ter discussie te stellen of zelfs helemaal los te laten.

Ruim twintig jaar geleden, bij het begin van de herstructurering van de geestelijke gezondheidszorg, werd onder leiding van de directeur-generaal voor de volksgezondheid de Gemengde Commissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg ingesteld als gespreks- en overlegplatform voor alle betrokken partijen. In de jaren tachtig vervulde de Kamer Geestelijke Gezondheidszorg van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een vergelijkbare functie voor de hele geestelijke gezondheidszorg. Veel van de NRV-nota's over geestelijke gezondheidszorg, voorbereid in de Kamer GGZ, zijn nog steeds uitgangspunt voor het vernieuwingsproces in de geestelijke gezondheidszorg. De Raad-op-maat discussie en de Woestijn-wet hebben een eind gemaakt aan het bestaan van dergelijke fora en de afstand tussen de visie GGZ-adviezen van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg enerzijds en wat er in het veld van de GGZ gebeurt anderzijds, laat duidelijk zien hoe noodzakelijk het is de partijen in het veld zelf bij de advisering te betrekken. Dat is iets anders dan vrijblijvend consulteren. Elke keer opnieuw blijkt hoe belangrijk het is de verschillende partijen (aanbieders, beroepsgroepen, verzekeraars, inspectie, patiënten, overheden, onderzoekers) op neutraal terrein aan één tafel samen te brengen. Het gaat dan niet om de behartiging van de particuliere belangen van ieder van de groepen op zich, maar om de gezamenlijk behartiging van het belang van een goede geestelijke gezondheidszorg. De Minister van VWS zou het initiatief moeten nemen tot de instelling van zo'n forum onder leiding van de directeur-generaal volksgezondheid of de hoofdinspecteur gezondheidszorg. Er is behoefte aan.

## Literatuurlijst

Om de loop van het betoog niet te onderbreken, is in deze brochure afgezien van de doorlopende verwijzing naar de literatuur.

Voor de kwantitatieve gegevens is met name gebruik gemaakt van:

- Have, ML ten e.a. Jaarboek Geestelijke Gezondheidszorg 1996/1997. De GGZ in getallen, NcGv-NZi, Utrecht: De Tijdstroom, 1996.
- Sytema, S en Coopmans P. Psychische stoornissen in de volwassen bevolking. Een verkenning van omvang, gevolgen en kosten. Den Haag: Hersenstichting/NFGV/NWO-MW/Rijksuniversiteit Groningen, 1998.
- Bijl, RV e.a. (1997) - Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: Het NEMESIS-onderzoek I/II. In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 141(50): 2448-2461.
- Have, ML ten, Bijl RV. Veranderingen in GGZ-bereik. De patiënten/cliëntenpopulaties in de periode 1986 - 1995 - In: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (in druk, 1998).

Belangrijke regeringsnota's op het gebied van de GGZ zijn geweest:

- Structuurnota Gezondheidszorg - (Staatssecretaris Hendriks), 1975
- 'Nieuwe' nota Geestelijke Volksgezondheid - (Staatssecretaris Van der Reijden), 1994
- Nota Onder Anderen. Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief - 1993 (Staatssecretaris Simons) - In de zomer van 1997 verschenen onder verantwoordelijkheid van Minister Borst, 1997.
- Beleidsbrief Geestelijke Gezondheidszorg 1997
- Beleidsbrief Openbare Geestelijke Gezondheidszorg 1997
- Jaaroverzicht Zorg 1998

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bracht de volgende adviezen over de GGZ uit:

- Thuis in de GGZ, 1996
- Beter (z)onder dwang, 1997
- De toekomst van de AWBZ, 1997
- Structuur en functioneren van de GGZ in de 21e eeuw, 1997

Overige publicaties:

- Volksgezondheid Toekomst Verkenning - De som der delen. Bilthoven, RIVM/Maarssen, Elsevier/De Tijdstroom: 1997.
- Leufkens, HGM en Rijthoven PFFJ van. Viermaal een doorkijk in de biologische psychiatrie. Zoetermeer: STG, 1996.
- Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst -Toekomstscenario's geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg 1992 - 2010. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1990.
- Schnabel, P. De weerbarstige geestesziekte. Naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg. Nijmegen: SUN, 1995.