

Van excluderende naar inkluderende psychiatrie

Op vrijdag 13 november 2009 sprak prof. dr. A.M. van Hemert zijn oratie uit in het Academiegebouw van de Universiteit Leiden, ter gelegenheid van zijn benoeming tot bijzonder hoogleraar in de Epidemiologie van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) aan het LUMC. In dit artikel leest u een korte samenvatting van de inhoud van de oratie van professor Van Hemert, die de titel draagt: *Sociale psychiatrie in de 21ste eeuw*.

Voor 10 tot 15% van de patiënten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) moet een nieuwe, intensievere vorm van ambulante begeleiding worden ontwikkeld. Dit is een groep die overduidelijk psychische problemen heeft, maar zelf niet aanklopt bij de huisarts of GGZ-instelling. De huidige GGZ is niet toegerust voor deze groep omdat men ervan uitgaat dat patiënten zelf om hulp moeten vragen en omdat zelfredzaamheid, het zelfstandig functioneren in de samenleving, een algemeen gehuldigd principe is. Professor Van Hemert gaf drie voorbeelden:

Een Aziatische man die geen Nederlands spreekt wordt door een wijkagent op straat opgemerkt doordat hij opvallend gedrag vertoont. Na enkele pogingen treft een verpleegkundige die nauw met de politie samenwerkt, op het adres van de man zijn kinderen aan die wel Nederlands spreken. De man blijkt door de huisarts naar de GGZ te zijn verwezen, maar is daar nooit aangekomen. De man is psychotisch. Inmiddels is een outreachend team gestart met behandeling.

De crisisdienst komt bij een 38-jarige man met flink agressief gedrag. De man blijkt te zijn ontslagen uit een GGZ-instelling en moet medicatie slikken, maar geeft zelf aan dat hij dat niet nodig vindt. Na twee maanden wordt hij opnieuw met een manische psychose opgenomen.

Een 17-jarige Turkse jonge vrouw is op de spoedeisende hulp aangekomen na het slikken van 20 paracetamols. Ze ziet geen uitweg meer vanwege relatieproblemen en kan daar thuis niet over praten omdat haar familie de relatie afkeurt. De jonge vrouw wil geen hulp. Het lukt de case-manager van de GGD om de vrouw naar de GGZ te krijgen.

Dit zijn drie voorbeelden van kwetsbare mensen die gebaat zijn bij een outreachende vorm van geestelijke gezondheidszorg, waarbij de hulpverlener actief contact zoekt met de patiënt, ook al heeft die daar zelf

geen behoefte aan. Van Hemert hanteert voor deze hulp de term ' inkluderende zorg' waarbij de probleemsituatie leidend is voor het zorgaanbod en niet de hulpvraag.

In zijn oratie ging Van Hemert in op de oorzaak van het ontbreken van deze vorm van zorg binnen de GGZ en beschreef hij ook de voorwaarden voor het goed kunnen functioneren van deze hulpvorm. Als belangrijke oorzaak noemde hij de dominantie van het autonomieprincipe. Het autonomieprincipe houdt in dat de zorg niet paternalistisch naar de mensen toe wordt gebracht, maar dat men verwacht dat mensen met problemen zelf bij de zorg aankloppen. Als de patiënt niks wil, wordt er door de hulpverlening niets gedaan. Van belang is het vinden van de juiste balans tussen enerzijds autonomie en anderzijds menswaardigheid. Wanneer autonomie ontaardt in verwaarlozing schiet het autonomieprincipe zijn doel voorbij. Een andere oorzaak voor het ontbreken van ' inkluderende zorg' is de zogenaamde vermaatschappelijking. Vermaatschappelijking betekent in deze context dat mensen met een lichamelijke of geestelijke handicap zoveel mogelijk ondersteund worden om een zelfstandig bestaan te kunnen leiden, als volwaardig lid van de samenleving. In de praktijk van de psychiatrie betekent dit dat mensen met een geestesstoornis zo veel mogelijk vrijheid moeten hebben. Als uitgangspunt een goede zaak, maar wel tegen de prijs dat kwetsbare mensen in de samenleving de weg kwijt kunnen raken en verzeild raken in situaties van ernstige verwaarlozing, vereenzaming of verslaving.

De oplossing moet zeker niet worden gezocht in een groter aantal bedden, een vorm van zorg die de afgelopen jaren toch al een enorme vlucht heeft genomen. Nederland is in Europa koploper als het gaat om het aantal GGZ-bedden per hoofd van de bevolking. Van het totale budget van de GGZ gaat tweederde naar de bedden, terwijl maar 10% van de

patiënten daar gebruik van maakt. Dit houdt in dat met een derde van de beschikbare middelen de ambulante zorg van 90% van de patiënten betaald moet worden. Met als gevolg een ernstige verschraving van het ambulante veld, wat in de praktijk ook goed voelbaar is. In de meeste zorgpraktijken hoort het uitvoeren van een huisbezoek feitelijk al niet meer tot de mogelijkheden. Ambulante zorg wordt in toenemende mate zorg waarin alleen de patiënt ambulant is.

Om 'includerende zorg' te kunnen bieden en de zorg voor kwetsbare groepen op peil te houden, moet in de toekomst een aantal blokkades worden weggenomen. Dat zijn volgens professor Van Hemert versnippering in de zorg, versnippering in de financiering, omgaan met marktprikkels en gebrek aan kennis. Door versnippering in de zorg is onderlinge afstemming vaak moeilijk als gevolg van verschillen in werkcultuur, prioriteiten en beschikbare middelen en tijd. De versnippering in de geldstromen (ZVW, WMO en AWBZ) maakt het lastig voor zorginstellingen om voor zinvolle OGGZ programma's duurzame financiering te vinden. Het DBC systeem uit het nieuwe stelsel van beginnende marktwerking verleidt tot het sluiten van een DBC aan het einde van een behandeling, zodat de verzekeraar overgaat tot betalen. Voor behandelingen in de OGGZ volstaat deze systematiek niet omdat patiënten er juist bij gebaat zijn dat hun dossier 'geopend' blijft.

Professor Van Hemert sloot zijn oratie af met de volgende samenvattende woorden:

"Het gaat goed met de psychiatrie, maar lang niet iedereen die zorg nodig heeft wordt ook voldoende bereikt. Ik denk dat dit komt doordat wij de zorg te veel organiseren vanuit het autonomieprincipe en te weinig vanuit het principe van includerende zorg. Naar mijn idee moet er voor 10 tot 15% van de GGZ-patiënten intensievere vormen van ambulante begeleiding worden ontwikkeld. Dit kunnen wij



Prof. dr. A.M. van Hemert: "Waar ik voor pleit is een nieuwe sociale psychiatrie, die nauw samenwerkt met de GGD."

financieren als we de kostbare groei van het aantal bedden beter in de hand houden en de GGZ-gelden evenwichtiger verdelen tussen de klinische en de ambulante voorzieningen. Waar ik voor pleit is een nieuwe sociale psychiatrie die net als aan het begin van de vorige eeuw nauw samenwerkt met de GGD. Het wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie moet zich niet alleen richten op geavanceerde methodieken zoals die van de functionele MRI, maar ook op methodieken waarmee wij de mensen die de zorg het hardste nodig hebben, beter kunnen bereiken".