

Zorg van velen

Eindrapport

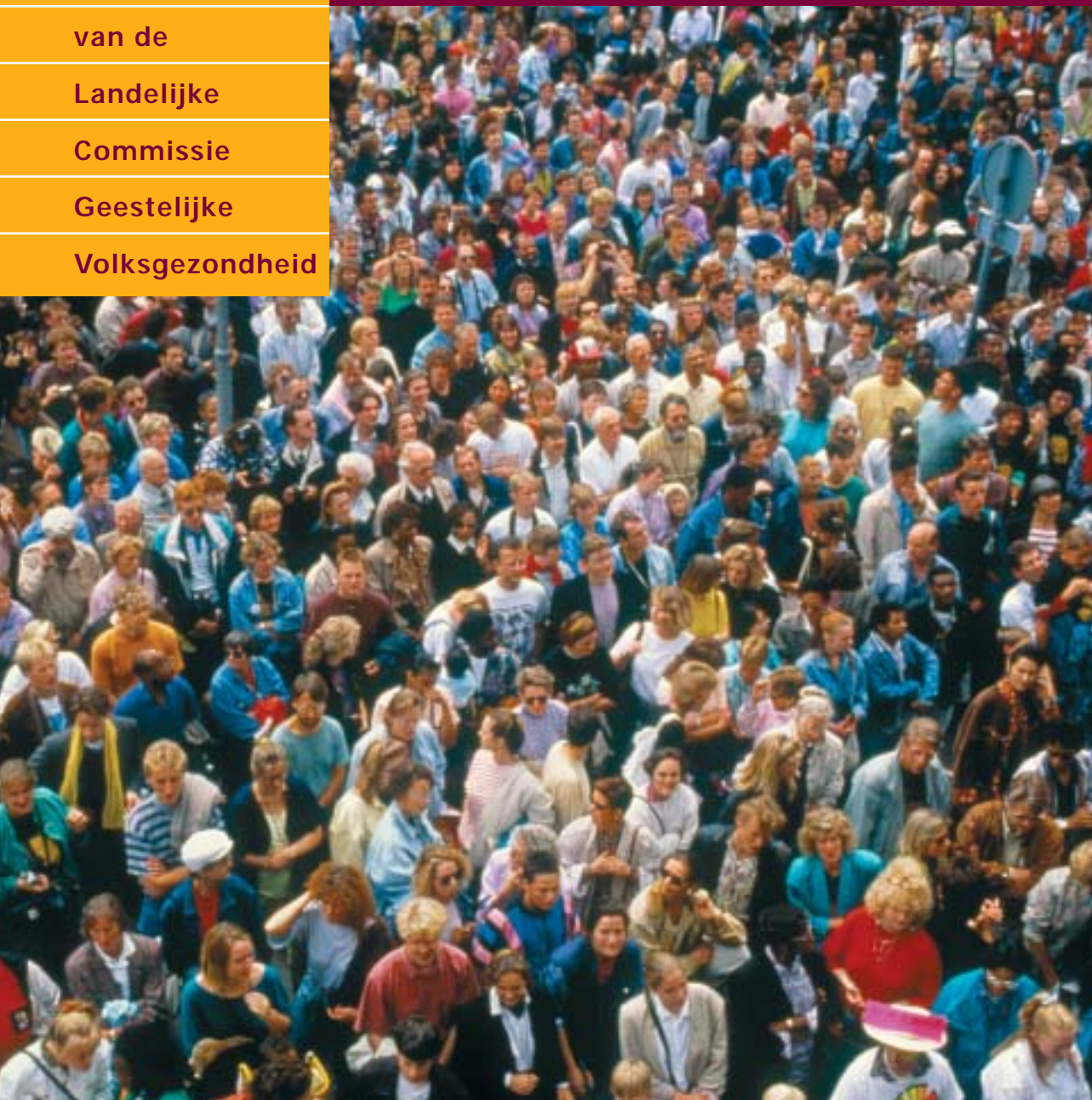
van de

Landelijke

Commissie

Geestelijke

Volksgezondheid



Zorg van velen

Eindrapport

van de

Landelijke

Commissie

Geestelijke

Volksgezondheid

Den Haag, februari 2002

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Probleemstelling	7
1.2 Wat is geestelijke volksgezondheidszorg	8
1.3 Werkwijze van de commissie	11
1.4 Inhoud en opzet van dit rapport	12
2 De vraag naar geestelijke gezondheidszorg	14
2.1 Tweedelijns-GGZ	14
2.2 Eerstelijnszorg	18
2.3 De bevolking	19
2.4 Discussie	21
3 Twee perspectieven, één uitkomst	23
3.1 Vier scenario's	23
3.2 Het medisch-psychiatrische perspectief	26
3.3 Het sociaal-maatschappelijke perspectief	29
3.4 Contrasten en overeenkomsten	33
4 Trends: individualisering en mondialisering	36
4.1 De modernisering van de samenleving	36
4.2 Individualisering	38
4.2.1 Ontwikkelingen	38
4.2.2 Gevolgen voor de geestelijke volksgezondheid	40
4.3 Mondialisering	45
4.3.1 Drie ontwikkelingen	45
4.3.2 Gevolgen	46
4.4 The eye of the beholder	52
4.5 Concluderend: oude en nieuwe vlechtwerken	55

5	Leefwerelden	59
5.1	Opvoeding	59
5.2	Territoriaal milieu	65
5.3	Arbeid	72
6	De zorg	81
6.1	Groeiende zorgen voor langdurig zorgafhankelijke cliënten	82
6.2	De emancipatie van de tijdelijke zorggebruiker	86
6.3	De additieve aanpak	91
6.4	Advies: een radicale keuze	97
7	Conclusies en aanbevelingen	104
7.1	Samenvatting	104
7.1.1	Het vraagstuk van de geestelijke volksgezondheid	104
7.1.2	De stijgende hulpvraag	106
7.1.3	Zorgconsumptie en geestelijke volksgezondheid	107
7.1.4	Individu en samenleving	108
7.1.5	Maatschappelijke transities in relatie tot zorg	110
7.1.6	Geestelijke gezondheidszorg	112
7.2	Slotbeschouwing	114
7.2.1	De staat van de geestelijke volksgezondheid	114
7.2.2	Van gezondheid naar zorg	116
7.2.3	Context	118
7.2.4	Verbreding en inperking van geestelijke gezondheidszorg	119
7.2.5	Professionals en burgers	122
7.2.6	Tijdspad en financiële randvoorwaarden	124
7.3	Antwoorden en aanbevelingen	125
	Literatuur	130
	Bijlagen	
1	Instellingsbesluit	135
2	Samenstelling van de commissie	141
3	Geconsulteerde deskundigen	143

Voorwoord

Met een zekere regelmaat wordt ons land opgeschrikt door alarmerende berichten als zou de geestelijke gezondheid van de bevolking achteruit gaan. Nu eens zijn cijfers over psychische arbeidsongeschiktheid en het aantal aanmeldingen bij de geestelijke gezondheidszorg de aanleiding voor deze ongerustheid, dan weer zijn het ervaringen van toenemend geweld op straat, of mededelingen van hulpverleners over de ernst van de problematiek van hun cliënten, die de publieke aandacht trekken. Telkens wordt dan de vraag opgeworpen of Nederland zieker wordt.

In opdracht van Minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid zich gebogen over de vraag of er eventuele verklaringen te vinden zijn voor die gepercipieerde veranderingen in de geestelijke volksgezondheid. Statistieken zijn geanalyseerd, trends in kaart gebracht, meningen gepeild en signalen geregistreerd. De commissie heeft zich daarbij met name bezig gehouden met verschijnselen en factoren die een belemmerende invloed kunnen hebben op de geestelijke volksgezondheid.

Het uitvoeren van deze opdracht is de commissie niet licht gevallen. De door de commissie onderzochte verschijnselen en factoren zijn meestal niet op een eenduidige manier te interpreteren. In bepaalde opzichten hebben zij inderdaad een negatieve invloed op de geestelijke gezondheid, in andere opzichten hebben zij dat niet. Dat hangt vaak af van de omstandigheden en van de persoonlijke en de sociale geschiedenis van mensen. Een rechtlijnig verband tussen maatschappelijke omstandigheden en geestelijke gezondheid kan meestal niet worden vastgesteld. De commissie heeft moeten concluderen dat een eenduidig antwoord op de vraag of Nederland zieker wordt, niet valt te geven. Dat betekent ook dat de toegenomen vraag om hulp niet kan worden verklaard uit veranderingen met betrekking tot de incidentie en prevalentie van psychiatrische ziekten.

Daarmee wil de commissie allerminst zeggen dat alles bij het oude kan blijven en we kunnen doen alsof er niets aan de hand is. Integendeel, de commissie komt tot de conclusie dat de bestaande zorg en opvang voor mensen met psychische problemen steeds minder aan de vraag voldoet. De commissie pleit daarom voor de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen en nieuwe partnerships tussen professionals en hulpverleners, alsmede voor een herschikking van de bestaande voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg en een vergroting van het draagvlak in de zorg om aan de toenemende hulpvraag tegemoet te komen. De zorg voor mensen met psychische problemen dient niet beperkt te blijven tot de geïnstitutionaliseerde GGZ-voorzieningen. De commissie realiseert zich dat een dergelijke operatie omvangrijk en kostbaar zal zijn, en ook bijvoorbeeld consequenties zal

hebben voor de opleidingen van de professionals in de gezondheids- en welzijnszorg.

Velen hebben de commissie ondersteund bij haar werkzaamheden. De secretarissen van de commissie prof. dr. G. Hutschemaekers en, in het laatste stadium, mevrouw dr. A. Mooij hebben onvermoeibaar steeds nieuwe teksten uitgewerkt na de debatten in de commissie, totdat er tenslotte nu een rapport ligt waarin de commissie zich in meerderheid kan vinden. Tot haar spijt konden de voorzitter mr. P. Kuypers en de adviseur prof. dr. A. van Dantzig niet instemmen met het eindresultaat. De commissie wil niettemin een oprecht woord van dank uitspreken aan het adres van dhr. Kuypers, die de commissie tot januari 2002 heeft voorgezeten, en dhr. Van Dantzig, alsmede aan haar andere adviseurs drs. D. Kaasjager en drs. R.F. May.

Prof. drs. J. van Londen,
Plaatsvervangend voorzitter

1 Inleiding

1.1 PROBLEEMSTELLING

De zorg voor de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking is een regelmatig terugkerend thema in de politiek. Zo vroeg minister-president Lubbers zich begin jaren tachtig naar aanleiding van de sterke stijging van het aantal WAO-ers zelfs hardop af of Nederland ziek is. Tien jaar later stelde staatssecretaris Simons van Volksgezondheid de vraag of het niet tijd werd voor een nieuw geestelijk volksgezondheidsbeleid. Deze zorgen zijn veelal gebaseerd op berichten over de onrustbarende toename van het aantal mensen in ernstige psychische nood. Deze toename zou blijken uit een sterke stijging van cliënten en patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. Vervolgens zou die blijken uit de stijging van het aantal mensen dat werk verzuimt als gevolg van psychische problematiek en het aantal WAO-gerechtigden op basis van een psychische stoornis. Ook trekt het groeiend aantal geweldsdelicten waarbij een psychische ziekte als oorzaak wordt aangemerkt, veel aandacht. Zeer verontrustend is de stijging van het aantal door de rechter opgelegde TBS-maatregelen. Daarnaast wordt de zorg over de geestelijke volksgezondheid gevoed door allerlei subjectieve ervaringen van burgers, zoals toenemende stress in het dagelijks leven, afnemende veiligheid op straat en onvermogen te ontkomen aan de alsmaar stijgende maatschappelijke druk tot presteren. Experts merken daarbij bij herhaling op dat slechts het topje van de ijsberg van psychisch lijden zichtbaar is en dat het grootste deel van psychische stoornissen verborgen blijft. Tegelijkertijd zijn er ook experts die van oordeel zijn dat de problematiek niet zozeer is toegenomen als wel zichtbaarder geworden. De sterke stijging in zorgconsumptie kan heel goed een artefact zijn van betere registratiesystemen, terwijl de lange wachtlijsten in GGZ-instellingen kunnen samenhangen met de organisatie van de zorg. Ook het grote aantal ziekmeldingen vanwege psychische stoornissen betekent nog niet automatisch dat mensen daadwerkelijk psychisch zieker worden. Soms wordt deze diagnose als een verlegenheidsoplossing bij arbeidsconflicten of gewoon bij gebrek aan zinvol werk gehanteerd. Het groot aantal TBS-maatregelen kan heel goed verklaard worden uit een veranderende wetgeving of uit ontwikkelingen in de rechtspraak zelf. En zelfs voor subjectieve ervaringen van toenemende stress, afnemende veiligheid en dergelijke, geldt dat ze niet per se een bewijs zijn voor een ongezondere samenleving. Misschien zijn mensen gevoeliger geworden voor signalen van onwelbevinden. Wat is er aan de hand met onze geestelijke gezondheid? Leidt de hedendaagse samenleving inderdaad tot meer problemen, of verdient een andere interpretatie de voorkeur? En wat zijn de consequenties van het antwoord op deze vraag?

Moet er iets veranderen in de samenleving en de geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld door de extra inzet van professionele hulpverleners, of is de huidige aanpak adequaat?

Deze vragen vormde voor minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de aanleiding voor het instellen van een landelijke commissie Geestelijke Volksgezondheid (hierna aangeduid: de commissie). De commissie kreeg als opdracht 'een analyse uit te voeren van de oorzaken die leiden tot een groeiende hulpvraag in de GGZ en aanbevelingen te doen over de wijze waarop zowel door de overheid als maatschappelijke organisaties kan worden bijgedragen aan verbetering van de geestelijke volksgezondheid' (Instellingsbesluit 9-11-1999). Met de naamgeving en de instelling van deze commissie sloot de minister aan bij een eerbiedwaardige traditie van bijna honderd jaar oud, waarin telkens opnieuw de vraag gesteld wordt naar de kwaliteit van de samenleving in relatie tot de geestelijke gezondheid van de burgers.

1.2 WAT IS GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID?¹

Het begrip geestelijke volksgezondheid is een vertaling van het Amerikaanse begrip 'mental health' uit de eerste helft van de twintigste eeuw, dat zelf het oudere begrip 'mental hygiene' verving. De oorsprong lag in het streven naar verbetering van het lot van psychiatrische patiënten, nu bijna honderd jaar geleden. De erbarmelijke omstandigheden in de psychiatrische gestichten zetten psychiaters als prof. dr. K.H. Bouman aan te pleiten voor een meer humane zorg, onder andere door het opzetten van betere voor- en nazorg, zodat opnamen voorkomen en verkort konden worden. Later verbreedde de aandacht zich van de al in zijn geestelijke gezondheid aangetaste persoon naar de in zijn geestelijke gezondheid bedreigde persoon en naar de bedreigende factoren in de samenleving zelf. Volgens Schnabel (1996) richtte pioniers als mevrouw Lekkerkerker zich vooral op het in zijn normale ontwikkeling bedreigde en zich mogelijk crimineel ontwikkelende kind. De door Lekkerkerker opgezette Medisch Opvoedkundige bureaus hadden naast een curatieve taak ook een preventieve en signalerende taak. Na de Tweede Wereldoorlog kreeg het begrip geestelijke volksgezondheid geleidelijk een positievere connotatie. In plaats van op het voorkomen van psychische stoornissen, richtte men zich meer op de handhaving van gezondheid, en uiteindelijk op het bevorderen van geestelijke volksgezondheid. Geestelijke gezondheid ging niet langer uitsluitend over de afwezigheid van psychische

1 De geschiedenis van de beweging voor Geestelijke Volksgezondheid in Nederland is onderwerp van De Goei (2001). Hier volgen we de overzichten van Van Lieshout (1985) en Schnabel e.a. (1992).

stoornissen, maar werd veel meer een streven, een beweging, een idee of zelfs een complex van maatregelen, dat, om de definitie van Barnhoorn uit 1955 te citeren, 'de gemeenschap neemt om de staat van geestelijke volksgezondheid van een samenleving...zo gunstig mogelijk te doen zijn tot heil van de menselijke individuen die een gemeenschap vormen'.

De beweging bereikte eind jaren vijftig haar hoogtepunt. De belangrijkste spreekbuis ervan was de psychiater Trimbos, die in 1959 promoveerde op *De geestelijke gezondheidszorg in Nederland*. In deze studie omschreef Trimbos geestelijke volksgezondheid als het streven dat gericht is op een zodanige verbetering van de sociale verhoudingen en maatschappijstructuur, dat voor zoveel mogelijk mensen de voorwaarden voor betere geestelijk gezond leven zouden worden geschapen en geestelijke gezondheid als algemene waarde in alle sectoren van de samenleving zou worden aanvaard. Om die voorwaarden te realiseren, moest een samenhangend systeem van ambulante GGZ-voorzieningen worden opgezet met een sterke preventieve functie. Daarnaast was facetbeleid noodzakelijk. Dit was gericht op beleidsterreinen die formeel buiten de sfeer van de gezondheid vielen, zoals arbeid, onderwijs, verkeer, huisvesting en sociale zaken.

In de loop van de jaren zestig boette de beweging voor geestelijke volksgezondheid geleidelijk aan kracht in. Een van de doelen van de beweging, een krachtige ambulante GGZ, kwam in zicht met de vorming van de Riagg. Tegelijkertijd verloor de beweging aan impact door de scheiding van curatieve, preventieve en gezondheidsbevorderende taken – de scheiding tussen een professionele en op psychotherapie gerichte ambulante geestelijke gezondheidszorg aan de ene kant en de ontwikkeling van een breed opgezet en door de overheid gestimuleerd welzijnsbeleid aan de andere.

In de jaren zeventig nam het welzijnsbeleid een hoge vlucht. Kenmerkend voor dit beleid was de pretentie van een maakbare samenleving. 'Geluk is een politieke zaak' aldus de sociaal psychiater Weijel (in: Schnabel, 1995). Volgens hem was de tijd aangebroken voor de derde revolutie in de westerse wereld: na de realisering van de gelijkheid voor de wet van alle burgers en van het recht op welvaart ging het nu om de realisering van het recht op welzijn en geluk door het veranderen en beheersen van de maatschappelijke verhoudingen met behulp van wetenschappelijke inzichten.

Tien jaar later, op het moment dat de Riagg van formeel start ging, nam de politiek geleidelijk afstand van dit welzijnsbeleid. Deels hing dat samen met kritiek op het maakbaarheidsideaal, deels was het een gevolg van de terugloop in de economie en het ontstaan van nieuwe problemen, zoals werkloosheid, integratie van allochtonen en dergelijke. Deze waren in het kader van een welzijnsbeleid te voorkomen, noch op te lossen. Dat betekende echter niet het einde van een door de overheid uitgevoerd welzijnsbeleid, maar wel tot een vertaling ervan onder andere noemers. Daarbij ging het onder andere om het

emancipatiebeleid, het beleid ten aanzien van de integratie van etnische minderheden, geweldsbestrijding, enz.

Ondertussen werd de scheiding tussen welzijnsbeleid en geestelijke gezondheidsbeleid steeds manifester. Een van de gevolgen was dat binnen de geestelijke gezondheidszorg zelf het geestelijke volksgezondheidsidee als bron van inspiratie en reflectie verloren ging. Er ontstond binnen de GGZ zelfs een roep tot terugkeer naar de kerntaken, de zorg voor de patiënt met ernstige psychische stoornissen.

Voorzichtige pogingen om opnieuw een verbinding tot stand te brengen tussen de geestelijke gezondheidszorg en de vraag naar de geestelijke volksgezondheid dateren, volgens Schnabel, uit begin jaren negentig. In de uit 1990 daterende STG-scenariostudie GGZ, werd de snelle groei van de GGZ voor het eerst voorzichtig geproblematiseerd. Verklaringen voor die groei werden onder andere gezocht in een betere zorg, betere acceptatie van hulp bij psychische problemen, betere bereikbaarheid van voorzieningen, betere behandel mogelijkheden, minder acceptatie van het afwijkende en minder sociale steun. Daarnaast werd gewezen op veranderende opvattingen ten aanzien van normaliteit en een problematisch worden van identiteit. Tot vergelijkbare conclusies kwamen ook de auteurs van de nota *Vier gevaarlijke kruispunten* uit 1991. Het was vervolgens staatssecretaris Simons die zich hardop afvroeg of de snel stijgende vraag naar professionele GGZ wel zo wenselijk was en ook niet (deels) een gevolg was van de aanzuigende werking van de Riagg's.

Met de instelling van een landelijke commissie Geestelijke Volksgezondheid zet minister Borst een nieuwe stap in de discussie over het complexe vraagstuk van geestelijke volksgezondheid. Zij kiest daarbij voor een brede invulling van het begrip geestelijke volksgezondheid en bijgevolg voor een brede taakopdracht van de commissie. Volgens haar toelichting bij de opdracht gaat het de minister om:

- een analyse van de verschijnselen en factoren, die een belemmerende invloed hebben op de geestelijke volksgezondheid in Nederland;
- het ontwikkelen van inzichten en ideeën die kunnen leiden tot structurele verbeteringen van de geestelijke volksgezondheid en tot een substantiële verhoging van de maatschappelijke effecten van de geestelijke gezondheidszorg en andere zorgsystemen;
- het formuleren van voorwaarden voor een beleid, dat de overheid in staat stelt de aanbevelingen van de commissie te effectueren.

Conform deze opdracht heeft de commissie tot taak een analyse te maken van de oorzaken die leiden tot een groeiende hulpvraag in de GGZ en voorstellen te ontwikkelen ter verbetering van de geestelijke gezondheid, onder andere door aan-

bevelingen te doen over de inrichting van de samenleving en de geestelijke gezondheidszorg. Aan de orde moeten komen zowel de geestelijke gezondheid van de individuen, als de geestelijke gezondheid van de samenleving (de maatschappelijke determinanten van geestelijke gezondheid) en de 'gezondheid' van de geestelijke gezondheidszorg zelf.

Met deze brede opdracht geeft de minister een eigen invulling aan het begrip 'geestelijke volksgezondheid'. Volgens de minister heeft ons tijdsgewricht behoefte aan het formuleren van een eigen en nieuw perspectief op de verhouding tussen de geestelijke gezondheid van het individu, de samenleving en de zorgsector. Daarbij gaat nog steeds om de vraag naar de rol van de (geestelijke gezondheids)zorg, zoals deze centraal stond bij staatssecretaris Simons. De benadering van de minister is echter breder en ook gericht op een analyse van de samenleving zelf. Daarmee brengt ze een oud thema opnieuw tot leven en stelt ze de vraag naar de samenhang tussen verschillende beleids-terreinen. Door de commissie vervolgens uit te nodigen concrete beleidsaanbevelingen te doen, spreekt de minister de hoop uit te komen tot een nieuw geïntegreerd geestelijke volksgezondheidsbeleid.

1.3 WERKWIJZE VAN DE COMMISSIE

De opdracht van de commissie is veelomvattend. Alle onderwerpen die de afgelopen honderd jaar een plaats hadden binnen de debatten van de beweging voor geestelijke volksgezondheid verdienen in beginsel ook een plaats op de agenda van de commissie. Dat is een onmogelijke opgave, beperking is dus noodzakelijk. De accenten die door de minister zelf zijn aangebracht, hebben daarbij de richting bepaald.

Voor de minister heeft de vraag naar de oorzaken van de groeiende hulpvraag in de GGZ het vertrekpunt gevormd. Daarbij is de minister vooral geïnteresseerd in de mogelijke samenhang tussen de inrichting van de samenleving en de geestelijke gezondheid van de burgers. De commissie heeft gekozen voor een identiek perspectief: de analyse wordt toegespitst op de inrichting van de samenleving en de consequenties daarvan voor de geestelijke gezondheid. Dat betekent bijvoorbeeld dat het functioneren en de kwaliteit van de GGZ als zodanig geen kernthema vormt, maar dat de GGZ als maatschappelijke institutie wel in de analyses wordt betrokken.

Met het vastleggen van het perspectief is binnen de commissie vervolgens gekozen voor een thematische benadering van het onderwerp: verschillende in het oog springende onderwerpen zijn grondig geanalyseerd en bediscussieerd. Ter voorbereiding op die thematische benadering heeft de commissie opdracht gegeven voor het doen uitvoeren voor een drietal achtergrondstudies. De eerste betrof de geschiedenis van de beweging voor geestelijke volksgezondheid in

Nederland, de tweede een analyse van zorgconsumptiecijfers en de derde een beschrijving van relevante sociaal-culturele trends van de afgelopen 25 jaar. Vervolgens heeft de commissie vier van haar leden verzocht de analyse van een apart thema ter hand te nemen, te weten de rol en de ideologie van de territoriale context, de betrokkenheid van de gemeenschap bij opvoeding, de voor- en nadelen van de moderne arbeidssituatie en ten slotte de ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast heeft de adviseur van de commissie een aantal geschreven bijdragen geleverd over knelpunten binnen de geestelijke volksgezondheid. Ten derde heeft de commissie een aantal deskundige informanten bijeengebracht rond enkele thema's. Sommigen zijn gevraagd te participeren in een rondetafelgesprek gericht op een nadere analyse van de veranderingen in de samenleving, anderen zijn uitgenodigd een mondelinge bijdrage te leveren aan de thema's arbeid en normen/waarden. Ten slotte is een groep van 15 experts gevraagd commentaar te leveren op de voorlopige bevindingen van de commissie.

1.4 INHOUD EN OPZET VAN DIT RAPPORT

Dit rapport doet verslag van de bevindingen en aanbevelingen van de commissie. De resultaten van de hierboven beschreven deelstudies zijn samengevoegd en tot één geheel gesmeed.

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op cijfers en ontwikkelingen met betrekking tot de groei van de hulpvraag. De commissie komt daarbij tot de conclusie dat de stijging van de hulpvraag niet zondermeer als bewijs van een verslechterde geestelijke volksgezondheid mag worden gezien, maar zeker ook het gevolg is van de transmuralisering van zorg.

In hoofdstuk 3 wordt de analyse toegespitst op de relatie tussen zorgconsumptie en het vraagstuk van de geestelijke volksgezondheid. Twee dominante interpretatieschema's worden onderscheiden, hier aangeduid als de universaliteits- en de cultuurafhankelijkheidshypothese. In de discussies over geestelijke volksgezondheid worden meestal de fundamentele verschillen tussen beide benaderingen benadrukt. De commissie kiest er echter voor de overeenkomsten tussen beide benaderingen en hun gemeenschappelijke zorgen te benadrukken. Hoofdstuk 4 gaat in op de veranderende relatie tussen individu en samenleving en de betekenis daarvan voor de geestelijke volksgezondheid. Er worden in dit hoofdstuk twee dominante historische trends beschreven: individualisering enerzijds en mondialisering anderzijds. Over de gevolgen van deze ontwikkelingen voor de geestelijke volksgezondheid is veel discussie mogelijk. Wanneer men beide ontwikkelingen als twee zijden van dezelfde medaille beschouwt, wordt in de ogen van de commissie duidelijk dat de grote veranderingen zich voordoen in de lokale leefwereld, waar oude structuren in snel tempo plaat-

smaken voor een sterk bewegend netwerk van sociale relaties.

De geschetste ontwikkelingen op het gebied van individualisering en mondialisering hebben gevolgen voor alle segmenten van het maatschappelijk leven. In hoofdstuk 5 gaat de commissie nader in op de transities die zich hebben voorgedaan op drie voor de geestelijke volksgezondheid relevante gebieden, te weten opvoeding, territoriaal milieu en arbeid. Aan elk van deze thema's is een aparte analyse gewijd.

Hoofdstuk 6 gaat over de rol van de professionele GGZ. Ten aanzien van verschillende cliëntengroepen constateert de commissie dat er binnen de GGZ geen duidelijke keuze wordt gemaakt voor deze of gene aanpak, maar dat er veeleer sprake is van een additieve benadering. Deze resulteert in veel onduidelijkheid over de vraag wie in de samenleving (mede) verantwoordelijk is voor de zorg aan cliënten met een psychische stoornis. De commissie signaleert dat het ontbreken van duidelijke keuzes op lange termijn fnuikend is en doet een aantal suggesties voor dergelijke keuzes.

In hoofdstuk 7, ten slotte, treft de lezer een uitgebreide samenvatting van het hele rapport, de conclusies en de aanbevelingen.

2 De vraag naar geestelijke gezondheidszorg

De grote bezorgdheid over geestelijke volksgezondheid is onlosmakelijk verbonden met cijfers over zorgconsumptie. Algemeen is de indruk dat steeds meer Nederlanders gebruik maken van voorzieningen voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ), terwijl ook het beroep op huisarts, eerstelijnspsycholoog en maatschappelijk werker omwille van psychische problematiek zou zijn gestegen (eerstelijns-GZ). In dit hoofdstuk worden kengetallen over zorgconsumptie en geestelijke gezondheid op een rij gezet en worden aan de hand van deze cijfers enkele conclusies geformuleerd. Achtereenvolgens passeren de meest actuele cijfers van de specialistische tweedelijns-GGZ, de eerstelijns-GZ en de open bevolking de revue. Ter vergelijking worden ook de beschikbare cijfers uit 1980 en 1988 gepresenteerd zodat eventuele historische trends zichtbaar worden.

2.1 TWEEDELIJNS-GGZ

Tabel 1 geeft de aanmeldings- en opnamecijfers van GGZ-instellingen. We maken onderscheid tussen de extramurale voorzieningen (Riagg, poliklinieken en vrijevestigden) en de semi- en intramurale voorzieningen (deeltijd- en klinische voorzieningen). De cijfers betreffen het aantal aanmeldingen en opnamen per 1000 inwoners per jaar, dit is de jaarincidentie (vgl. Hutschemaekers e.a., 1997; 2000). De meest rechtse kolom geeft het indexcijfer waarbij het cijfer van 1980 gelijk is gesteld aan 100.

In 1980 werden 22.250 opnamen gerealiseerd in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ); oftewel 1,57 per 1.000 inwoners. Bijna 20 jaar later was dit aantal gestegen tot 41.440, wat neerkomt op 2,8 per 1.000 Nederlanders. In twee decennia tijd een stijging van 175 procent. De overige intramurale instellingen verging het niet anders. Het aantal opnamen in categorale psychiatrische ziekenhuizen (kinder- en jeugdklinieken, verslavingsklinieken en forensisch-psychiatrische klinieken) steeg het sterkst, met 233 procent, terwijl de psychogeriatric een stijging van 216 procent te zien gaf. Alleen in de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen was sprake van een lichte afname. De toename gold ook voor het aantal aanmeldingen bij deeltijdvoorzieningen (beschermende woonvormen, deeltijdbehandelingen en medisch kinderdagverblijven). Dit steeg in de genoemde periode van 0,3 tot 1,8 per 1.000 inwoners, een verzesvoudiging maar liefst.

De stijging van het aantal aanmeldingen in de ambulante GGZ was nog forser. Overal (behalve in de poliklinieken van de algemene ziekenhuizen) namen de aanmeldingen sterk toe, in de meeste gevallen ging het om meer dan een

verdubbeling. Percentueel was de stijging het grootst in de eigen praktijk van psychotherapeuten, van 0,1 in 1980 tot 1,5 per 1.000 Nederlanders in 1997. Het ging daar echter maar om kleine aantallen; het aantal aanmeldingen liep op van 360 tot 21.900. In absolute getallen was de toename in de Riagg het grootst: van

Tabel 1: Opnamen en aanmeldingen tweedelijns-GGZ 1980, 1988, 1997

(aantallen per 1.000 Nederlanders)				
	1980	1988	1997	Index (1980=100)
APZ	1,6	1,9	2,8	175
CPZ	0,3	0,6	0,7	233
PAAZ	1,4	1,1	1,3	093
PGV	0,6	0,8	1,3	216
Deeltijd	0,3	0,9	1,8	600
intra/semimuraal	4,2	5,3	7,9	188
Riagg	7,0	13,9	16,4	234
CAD	0,7	1,3	1,9	274
Poli PZ	1,7	2,2	5,7	335
Poli Paaz	2,8	3,1	2,5	089
EPPR	1,4	1,5	2,5	177
EPPT	0,1	0,5	1,5	1.465
extramuraal	13,7	22,5	30,5	223
jaarincidentie	17,9	27,8	38,4	215
jaarprevalentie	26,6	48,4	69,2	260
Personen max.	22,6	38,3	50,3	239
Personen min.	20,8	31,6	40,3	200
N inschrijvingen	257.586	369.848	572.520	222
N Aanwezigen 1/1	125.500	290.670	458.730	365
N Totaal	383.086	660.518	1.031.250	270

APZ: algemeen psychiatrisch ziekenhuis

CPZ: categoriaal psychiatrisch ziekenhuis

Paaz: psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis

PGV: psychogeriatrisch verpleeghuis

Dltijd: beschermende woonvorm en dagbehandeling

Riagg: Region. Inst. Ambulante GGZ.

CAD: consultatieb. alcohol en drugs

Poli PZ: polikliniek alg. (A en C)PZ

Poli Paaz: polikliniek Paaz

EPPR: eigen praktijk psychiater

EPPT: eigenpraktijk psychotherapeut

100.000 tot 244.000 aanmeldingen per jaar, oftewel van 7,0 tot 16,4 aanmeldingen per 1.000 inwoners.²

Bij deze inschrijvingen moet het aantal aanwezigen per 1 januari van dat jaar worden geteld. In technische termen spreekt men dan van de jaarprevalentie (nieuwe inschrijvingen + aanwezigen per 1/1). Schattingen van deze aantallen zijn weergegeven in de onderste rijen van tabel 1. Op 1 januari 1980 waren 125.000 patiënten in zorg, in 1997 was hun aantal opgelopen tot 458.000. Het totaal aantal inschrijvingen en aanmeldingen in 1980 bedroeg 383.000, in 1989 was dat aantal gestegen tot ruim 660.000, terwijl de cijfers van 1997 uitkwamen boven de 1.000.000. In 1980 ging het nog om 26,6 per 1.000 inwoners, in 1997 was dat gestegen tot 69,2 promille.

Ondanks deze forse stijging mag uit de cijfers niet zondermeer de conclusie worden getrokken dat het feitelijk aantal mensen dat gebruik maakt van de tweedelijns-GGZ is toegenomen. Het overzicht is namelijk gebaseerd op registratiecijfers van aanmeldingen per jaar en toont dus niet het feitelijk aantal personen. Uit de door de APZ'en verstrekte cijfers blijkt bijvoorbeeld dat een steeds groter deel van de opnamen voor rekening komt van dezelfde patiënten. In 1980 was er sprake van ruim 5.000, in 1997 van 12.000 heropnamen.³ Cijfers uit de casusregisters laten zien dat het aantal dubbeltellingen (als gevolg van meerdere opnamen per jaar) hier en daar zelfs is gestegen tot boven de 50 procent (vgl. Kooij e.a., 2000). Vergelijkbare ontwikkelingen zien we in de ambulante zorg. Van de Riagg's weten we dat het aantal aanmeldingen per jaar is gestegen als gevolg van meer kortdurende interventies waardoor dezelfde patiënt meerdere keren per jaar kan worden ingeschreven. Ook heeft een andere rekensystematiek (snellere uitschrijving en dus snellere heraanmelding) geleid tot een forse verhoging van cijfers zonder dat dit direct verband houdt met het aantal cliënten die de Riagg bezoeken (Jacobs en Bijl, 1992). Als gevolg van transmurale zorg (gecombineerde intra-, semi- en extramurale behandeling) ontstaan ook steeds meer de onderlinge dubbeltellingen. Ook vindt steeds vaker onderlinge verwijzing plaats of melden patiënten zich bij een instelling aan uit

2 Ondanks de forse stijging van het aantal aanmeldingen veranderde het marktaandeel van de Riagg binnen de ambulante GGZ niet noemenswaardig: het schommelde rond de 40 procent.

3 Tegenover deze forse toename staat een afname van het aantal bedden in de psychiatrische klinieken. Dat geldt zeker voor de algemene psychiatrische ziekenhuizen waar het aantal bedden met ruim 10 procent in de afgelopen periode afnam. Mede als gevolg hiervan daalde het aantal langverblijvers (meer dan 1 jaar) met maar liefst 25 procent, van 15.000 tot ruim 11.000. Dezelfde patiënten worden niet alleen steeds vaker maar ook steeds korter opgenomen.

onvrede over een andere. Cijfers van de vrijgevestigde psychiaters maken duidelijk dat maar liefst 40 procent van de nieuw aangemelde patiënten afkomstig is uit een andere GGZ-instelling (vgl. Brunenberg e.a., 1998). Het totaal aantal dubbeltellingen kan slechts bij benadering worden vastgesteld. Medewerkers van het casusregister Drenthe komen via extrapolatie en vergelijking van cijfers met de casusregisters te Rotterdam en Maastricht tot maar liefst 40 procent herregistraties (Sytema e.a., 2000). Anderen komen weliswaar tot lagere percentages, bijvoorbeeld 25 procent (Ten Have e.a., 1998), maar ook bij deze auteurs overheerst de opvatting dat een groot deel van stijging in de zorgconsumptiecijfers verklaard moet worden door dubbeltellingen. Dat geldt zeker voor de stijging in de jaren negentig.⁴

Harde conclusies kunnen op basis van de cijfers dus niet worden getrokken. De trend is echter wel duidelijk: er is inderdaad sprake van een sterke stijging van zorgconsumptiecijfers bij de specialistische tweedelijns-GGZ. Deze komen voor een zeer groot deel voort uit een veranderende behandelingsfilosofie: in plaats van één lange behandeling wordt steeds vaker gekozen voor een transmuraal behandeltraject waarbij verschillende zorgaanbieders tegelijkertijd een bijdrage leveren aan de behandeling. We kunnen die conclusie ook anders formuleren: naar verhouding wordt binnen de tweedelijns-GGZ steeds meer tijd en aandacht besteed aan een groep patiënten die tegelijkertijd gebruik maakt van meerdere voorzieningen. Of de stijging daarnaast ook nog het gevolg is van een toevloed aan grote andere patiëntengroepen is onduidelijk. Als dat heeft gespeeld, dan heeft die groei vooral in de jaren tachtig plaatsgevonden en niet meer in de jaren negentig.

4 Door twee perioden te onderscheiden (1980-1988, de jaren tachtig) en (1989-1997, de jaren negentig), kunnen we iets zeggen over het tempo van de groei. De grootste procentuele groei heeft zich voorgedaan in de jaren tachtig (55 procent), tegenover 38 procent groei in de jaren negentig. Dat geldt zeker ook voor het aantal patiënten per 1/1. Ook dit is in de eerste periode veel forser gegroeid. (resp. 23 en 16 procent groei). Deze verschillen suggereren dat het aantal patiënten in de jaren tachtig veel forser is gestegen dan in de jaren negentig. Waarschijnlijk is vooral de Riaggvorming daar debet aan geweest. Vervolgens brengt de vergelijking tussen beide perioden interessante verschillen aan het licht tussen intra- en extramurale zorg. De extramurale aanmeldingen vooral in de jaren tachtig sterk gestegen (64 procent groei in de jaren negentig en 36 procent groei in de jaren tachtig), de intra- en semimurale opnamen (en aanmeldingen) daarentegen zijn forser toegenomen in de jaren negentig (resp. 126 en 149 procent). Deze laatste enigszins onverwachte trend versterkt de hierboven signaleerde trend van groter aantal dubbeltellingen als gevolg van een gewijzigd opnamebeleid: in plaats van een wat langere opname wordt steeds vaker gekozen voor meerdere kortdurende opnamen gekoppeld aan extra- en semimurale zorg.

Tabel 2: Ontwikkeling in de eerstelijnszorg 1980, 1988, 1997

(cijfers per 1000 inwoners)				
	1980	1988	1997	Index 1997 (1980=100)
Eerstelijnspsy.	0,1	1,1	2,1	2.100
AMW	4,4	7,5	7,9	180
Huisarts	150,0	110,0	110/140	074
Totaal	154,5	118,6	120/150	083/099

2.2 EERSTELIJNSZORG

Tot de algemene eerstelijnszorg voor mensen met psychische en psychosociale problemen rekent men meestal de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog.

De grootste groei in de eerste lijn is ongetwijfeld aanwijsbaar bij de eerstelijnspsycholoog (zie tabel 2). In 1980 was hun aantal nog zeer klein en het aantal aanmeldingen te verwaarlozen. Pas na 1985 zette de groei door. In 1988 bedroeg het aantal aanmeldingen ruim 1 per 1.000 inwoners, negen jaar later was dit aantal gestegen tot boven de 2. Daarmee is het marktaandeel van de eerstelijnspsycholoog groter dan dat van de vrijgevestigde psychotherapeut en komt het in de buurt van de vrijgevestigd psychiater.

Het aantal aanmeldingen met psychosociale problematiek bij het algemeen maatschappelijk werk is de afgelopen twee decennia eveneens fors gestegen. Het algemeen maatschappelijk werk kan het beste vergeleken worden met de totaal-cijfers van de poliklinieken psychiatrie. In 1980 en in 1998 was het aantal aanmeldingen vergelijkbaar; alleen in 1988 zijn veel meer aanmeldingen bij het AMW. Die vergelijking maakt duidelijk dat het aantal 'psychosociale' aanmeldingen bij het AMW vooral in de jaren tachtig fors is gegroeid en daarna nog maar nauwelijks.

De huisarts is verreweg de belangrijkste zorgaanbieder in de eerste lijn. Met hem of haar heeft 75 procent van de bevolking minstens één contact per jaar. Dit percentage is al jaren constant (vgl. De Rijk e.a., 2000). Dat geldt echter niet voor patiënten met een 'psychische' diagnose. Volgens Verhaak e.a. (2001) is hun aantal fors afgenomen: van 150 naar 110 per 1.000. Dit is een daling van maar liefst 25 procent. Andere cijfers suggereren minder verandering, bijvoorbeeld Groningse cijfers uit 1996 met 140 psychische gevallen per 1.000 patiënten (Tiemens e.a., 1996).

De cijfers zijn niet eenduidig. Deels zijn de verschillen in de aangetroffen cijfers het gevolg van min of meer toevallige fluctuaties, die onder andere samenhangen met het gebruik van meerdere classificatiesystemen. Het is echter niet waarschijnlijk dat daarmee de afname aan 'psychische' diagnoses bij de huisarts volledig wordt verklaard. De cijfers suggereren dat huisartsen minder geneigd zijn een psychische diagnose te stellen en bij een vermoeden van een psychische stoornis sneller verwijzen naar de tweedelijns-GGZ. Dat laatste blijkt ook uit cijfers van de Riagg's: het percentage verwijzingen door de huisarts is de afgelopen decennia gestegen van 34 procent in 1982 tot ruim 46 procent in 1997. Aldus beschouwd moet de conclusie zijn dat de zorg voor mensen met een psychische stoornis in de eerste lijn de afgelopen jaren eerder is af- dan toegenomen. De sterke groei van de eerstelijnspsychologen en het algemeen maatschappelijk werk lijkt die afname niet te hebben gestuit.

2.3 DE BEVOLKING

Er bestaan geen cijfers over toe- of afname van psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Wel kunnen cijfers van de drie toonaangevende Nederlandse onderzoeken op dit terrein naast elkaar worden gezet zodat historische ontwikkelingen zichtbaar worden; het betreft het Regioproject Nijmegen (Hodiamont, 1986), de Filterstudie uitgevoerd te Amsterdam (Van Limbeek e.a., 1994), en tenslotte NEMESIS, uitgevoerd door het Trimbos-instituut te Utrecht (Bijl e.a., 1997). Het probleem hierbij is echter dat deze studies niet volledig vergelijkbaar zijn, waardoor een aantal interpretatieproblemen ontstaat. Tabel 3 geeft de cijfers.

Omdat de gehanteerde diagnostische categorieën per studie variëren zijn in de tabel alle cijfers vertaald naar de wat verouderde diagnostische categorieën uit de studie van Hodiamont. De categorie affectieve stoornissen is nog het best vergelijkbaar. In de loop van de jaren lijkt de jaarprevalentie (aantal gevallen per jaar per 1.000 inwoners) van beide groepen stoornissen toegenomen van 50 tot 80 per 1.000. Die toename kan iets zeggen over het voorkomen van depressie in de bevolking, zij kan echter evenzeer het gevolg zijn van andere definities. Vermoedelijk is ook de categorie middelen (verslaving) redelijk vergelijkbaar. Opnieuw constateren we een toename al is die minder groot dan bij de depressie. Bij de overige diagnostische categorieën is vergelijking tussen de drie studies problematischer. Dat geldt voor de categorie 'neurosen' waarvan de cijfers wel een erg forse stijging suggereren, een trend die overigens aansluit bij de internationale literatuur. Helemaal moeilijk vergelijkbaar is de categorie psychose, de hier gevonden verschillen hangen ongetwijfeld samen met de andere opzet en doelgroep van de studies.

Tabel 3: Schattingen jaarprevalentie psychische stoornissen Nederland

(per 1000 inwoners)				
	Regioproject 1977	Filterstudie 1991	Nemesis 1997	RGO (1999)
Schizofrenie+psychosen	7	0	2	
affectieve stoornissen	55	73	85	
neurosen	20	171	125	
middelen	50	70	77	
psychosociale probl.	125			
totaal	250	265	250⁵	295

Regioproject-Hodiamont, 1986 + toevoegingen andere studies (vgl. Verhaak e.a., 1993).

Filterstudie-Van Limbeek, 1994.

Nemesis, Bijl e.a., 1997.

RGO, 1999

Het meest sprekend is de vergelijking van de totaalcijfers. Bovendien kunnen wij deze cijfers plaatsen naast een recent door de Raad voor het Gezondheidszorg Onderzoek (RGO) gemaakte schatting van de geestelijke gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking. Op basis van een veelheid van onderzoeksuitkomsten komt de Raad uit op een schatting van de jaarprevalentie van maar liefst 295 per 1.000 inwoners. Ten opzichte van het totaalcijfer van Hodiamont uit 1977 is dat een stijging van maar liefst 20 procent. De cijfers van de filterstudie sluiten direct aan bij deze trend van toename. De cijfers van de meest omvangrijke en meest recente Nederlandse Nemesisstudie tenderen echter in een andere richting: in plaats van een forse stijging suggereren deze cijfers eerder een constante lijn: een kwart van de Nederlandse bevolking heeft op jaarbasis een detecteerbare psychische stoornis. Dit percentage van 25 procent is vergelijkbaar met de cijfers van de meeste landen om ons heen.

5 In eigen publicaties geven Bijl e.a het cijfer van 235 per 1.000 Nederlanders. Het cijfer van 250 is gecorrigeerd voor in de studie ontbrekende groepen (bijv. patiënten in psychiatrisch ziekenhuis), ontbrekende (niet gemeten) stoornissen (o.a. persoonlijkheidsstoornissen) en ontbrekende leeftijdscategorieën (kinderen en ouderen).

2.4 DISCUSSIE

In dit hoofdstuk zijn cijfers over zorgconsumptie en geestelijke gezondheid van de bevolking in kaart gebracht. De commissie trekt de volgende conclusies uit deze cijfers:

Er is inderdaad sprake van een toename van zorgconsumptie in de tweedelijns-GGZ. Deze groei lijkt echter vooral het gevolg van de toegenomen transmurale zorg. Volgens sommigen kan de toename zelfs volledig worden verklaard door meer inschrijvingen per patiënt in plaats van meer nieuwe patiënten.

Er is waarschijnlijk eerder sprake van een afname dan van een toename van zorg door de huisarts bij psychische problemen. Toename van zorg door eerstelijns-psycholoog en maatschappelijk werker in de eerste lijn heeft niet voorkomen dat het netto resultaat negatief is.

Zelfs na correctie voor de toename van zorg in de tweede lijn is er geen evidentie dat Nederlanders vaker met hun psychische problemen aankloppen bij de professionele GGZ. Het is zelfs niet uitgesloten dat er in eerste en tweede lijn de afgelopen twintig jaar niet meer maar minder zorg voor psychische problemen wordt geconsumeerd.

De cijfers geven geen uitsluitsel over de vraag of er sprake is van een toename van psychische stoornissen in de tijd of niet. We weten niet zeker hoe de historische trends zijn met betrekking tot de relatie tussen zorgconsumptie en het vóórkomen van psychische problemen. Op dit punt kan aansluiting worden gezocht bij het filtermodel van Goldberg en Huxley. In dit model wordt onderscheid gemaakt tussen zorgconsumptie en gezondheid. Met het aanbrengen van verschillende 'niveaus van zorg', of 'filters' wordt een trechtervormig verband zichtbaar tussen zorg en zorgconsumptie. De hierna volgende figuur geeft een overzicht (Filtermodel 1988).

Van de Nederlanders met een psychische stoornis blijkt maar een beperkt deel hulp te zoeken in de eerste lijn of bij de professionele GGZ. Per 100 inwoners hebben er 25 per jaar een diagnosticeerbare stoornis. Daarvan bezoekt 70 procent de eerste lijn, en krijgt 50 procent een of andere vorm van behandeling aangeboden. Nog niet een derde van de mensen met een psychische stoornis komt dus uiteindelijk in de GGZ terecht. De cijfers uit dit hoofdstuk hebben laten zien dat historische veranderingen hierop van invloed kunnen zijn. Daarbij lijkt een steeds groter deel van de mensen met een psychische stoornis behandeling te ondergaan. We hebben echter tevens gezien dat daarover discussie mogelijk is. In ieder geval is deze toename veel minder groot dan het scenariorapport uit 1990 (STG) heeft voorspeld. Volgens dit rapport zou bij ongewijzigd beleid de toename aan zorgconsumptie in de tweedelijns-GGZ veel groter zijn geweest dan thans het geval is. Discussie is ook mogelijk over de verhouding tussen aanwezig en



behandelde pathologie. Sommigen zien in de verschillscore met name een taak voor de GGZ weggelegd. Veel problematiek blijft immers onbehandeld. Anderen zien in deze cijfers eerder een bewijs voor de stelling dat niet iedere Nederlander met een psychische stoornis ook per se behandeld hoeft te worden. Er bestaat ook zoiets als een zelfgenezend vermogen. Men kan de gesignaleerde trend dat de zorg voor mensen met een psychische stoornis in de eerste lijn geen gelijke tred heeft gehouden met de specialistische tweede lijn ook nog op een andere manier lezen. Hij doet namelijk vermoeden dat de zorg voor verbetering vatbaar is. Wij komen daar later in dit rapport op terug.

3 Twee perspectieven, één uitkomst

Wat is de betekenis van de cijfers uit hoofdstuk 2 voor het vraagstuk van de geestelijke volksgezondheid? In dit hoofdstuk wordt beargumenteerd dat de cijfers zowel bruikbaar zijn ter ondersteuning van de stelling dat Nederland zieker is geworden als van de stelling dat er geen sprake is van een onrustbarende toename van psychische klachten. Die interpretatievrijheid is niet alleen een gevolg van tegenstrijdig cijfermateriaal maar hangt ook samen met de rekkelijkheid van getallen in de sector.

3.1 VIER SCENARIO'S

De cijfers over zorgconsumptie en het voorkomen van psychische stoornissen in de bevolking bieden ruimte voor interpretatie. Elk van de gepresenteerde cijferreeksen is voor meerdere uitleg vatbaar. Het is echter vooral de combinatie van al die cijfers die aanleiding geeft tot een groot aantal hypothesen over de relatie tussen zorgconsumptie en geestelijke volksgezondheid. Toch leidt die relativering niet tot de conclusies dat iedere interpretatie ook even realistisch is. Een aantal van de interpretaties is, op basis van de gepresenteerde cijfers, minder waarschijnlijk.

De cijfers over de tweedelijns-GGZ geven geen uitsluitel over de exacte toename van zorg. Het kan zijn dat er meer mensen gebruik van maken, het kan ook zijn dat rondpomphenomenen en dubbeltellingen in sterke mate verantwoordelijk zijn voor de stijging. Het aantal patiënten in de GGZ is in ieder geval niet

Tabel 4: Vier scenario's van psychische morbiditeit in Nederland in de bevolking, eerste en tweede lijn

(aantallen per 1.000 inwoners).				
	substitutie	emancipatie	groei	rampen
bevolking	250 (0)	250 (0)	295 (+)	295 (+)
eerstelij	110 (-)	140 (0)	150 (+)	110 (-)
GGZ	45 (+)	50 (++)	50 (++)	40 (0)

(-) = afname sinds 1980

(0) = vergelijkbaar met 1980

(+) = toename sinds 1980

(++) = zeer sterke toename sinds 1980 (verdubbeling)

afgenomen. De discussie gaat dus enkel over de interpretatie van de stijging. De cijfers van de eerstelijnszorg hebben geen uitsluitend gegeven over de rol van de huisarts bij de zorg voor mensen met een psychische stoornis. We vermoeden, maar weten niet zeker, dat de huisarts terughoudender is geworden ten aanzien van mensen met psychische problematiek. Die uitspraak impliceert dat de huisarts in ieder geval niet méér patiënten met een psychische stoornis is gaan behandelen. Gegeven het overwicht van de huisarts in de eerste lijn kan die constatering worden gegeneraliseerd: de zorg voor mensen met een psychische stoornis is binnen de eerste lijn zeker niet toegenomen.

De combinatie van cijfers in eerste en tweede lijn laten geen eenduidige conclusie toe over ontwikkelingen op het gebied van zorgconsumptie. Toch valt er veel te zeggen voor de stelling dat de vraag naar professionele zorg de afgelopen veel minder sterk is gestegen dan algemeen wordt aangenomen. Ook is het vermoeden gerechtvaardigd dat huisarts en GGZ de afgelopen jaren een tegenovergestelde beweging hebben doorgemaakt en dat tussen beide sectoren substitutie van zorg heeft plaatsgevonden.

Ook over de bevolkingscijfers valt meer te zeggen dan dat de cijfers multi-interpretabel zijn. Geen van de cijfers suggereert een afname van psychische problematiek in de bevolking. Integendeel, we mogen op basis van de cijfers gevoeglijk aannemen dat Nederland er de laatste jaren niet gezonder op is geworden. In de discussie gaat het daarom over slechts twee varianten: is het aantal stoornissen in de bevolking toegenomen of gelijk gebleven.

Aldus beschouwd wordt het aantal mogelijke interpretaties van de cijfers sterk gereduceerd. Zowel met betrekking tot de cijfers van de zorgconsumptie in de tweedelijns-GGZ, als die in de eerstelijns-AGZ en in de bevolking als geheel lijkt er sprake van twee varianten: een minimaliserende en een maximaliserende interpretatie. Daarmee is het aantal combinaties teruggebracht tot 8 ($2*2*2$). De vier meest markante combinaties zijn in de vorm van scenario's weergegeven in tabel 4.

In het eerste scenario gaan we uit van een gelijkblijvend aantal personen met psychische stoornissen (25 procent van de bevolking), evenals een gelijkblijvende zorgconsumptie in eerste en tweede lijn gezamenlijk. De enige noemenswaardige verandering is een toename van zorg in de tweede lijn en een afname aan zorg door de huisarts in de eerste lijn. Er heeft met andere woorden een verplaatsing van zorg plaatsgevonden: steeds minder generalistisch en steeds vaker specialistisch GGZ. Vandaar dat dit scenario de naam van *substitutie-scenario* draagt.

Scenario 2 gaat ook uit van een gelijkblijvend aantal psychisch zieken per 1.000 inwoners. Anders dan in het vorige scenario wordt vervolgens verondersteld dat het aantal mensen dat in de eerste lijn voor deze problematiek wordt behandeld

amper is veranderd, terwijl het aantal patiënten in de tweede lijn niet een beetje maar sterk is toegenomen. Van dit scenario ging voormalig staatssecretaris Simons uit in zijn GGZ-beleidsnota *Onder anderen* (VWS, 1993), waarin hij sprak van een inhaaleffect: de GGZ zou bezig zijn met een inhaalslag ten opzichte van de algemene gezondheidszorg, waar de groei al veel eerder had plaatsgevonden. De verklaring voor deze groei wordt gezocht in de emancipatie van mensen met psychische klachten, die steeds meer durven uit te komen voor hun problemen en daardoor ook makkelijker vragen om professionele zorg. We spreken dan ook van een *emancipatiescenario*.

Volgens scenario 3, het zogenaamde *groeiscenario*, moeten wij uitgaan van groei, groei en nog eens groei. Het aantal mensen met een psychische stoornis is de afgelopen decennia fors gestegen. Ook is de zorg in de eerste lijn enigszins toegenomen, met name bij eerstelijnspsychologen, het algemeen maatschappelijk werk, evenals bij Arbo-diensten en vrijgevestigde arbeidshulpverlening. Tenslotte heeft zich ook een forse groei voorgedaan in de specialistische tweede lijn GGZ. Hulpverleningsinstanties hebben zich tot het uiterste ingespannen om de groei aan patiënten met psychische problemen op te vangen.

Ten slotte het vierde scenario. Vertrekpunt van dit scenario is de sterke groei aan psychische stoornissen in de bevolking. Tegenover die groei staat echter een afname aan professionele zorg in de eerste lijn en nauwelijks groei in de tweede lijn. De suggestie van toename die spreekt uit het toenemend aantal inschrijvingen in de tweede lijn moet volgens dit scenario vooral worden begrepen als gevolg van rondpompmechanismen: dezelfde patiënten worden door steeds meer hulpverleners gezien. Het eindresultaat is dat er minder nieuwe patiënten met psychische problemen in de eerste en tweede lijn worden behandeld. Tegenover de toename aan problematiek staat een afname van zorg, vandaar de naam *rampenscenario*. Over de oorzaken van deze ontwikkeling wordt volop gespeculeerd. Sommigen zien een spiraaleffect dat optreedt omdat de zorg geen gelijke tred houdt met het groeiend aantal mensen met psychische problemen. Anderen wijzen op een toename van zorg, denk aan private arbeidsgebonden voorzieningen, maar vooral ook aan alternatieve met name new-age hulpverleners, die volgens de meest recente berekeningen minstens evenveel patiënten zien als de totale Riagg-volwassenenzorg (Van Reenen e.a., 1997).

In het overleg tussen de commissie en experts uit de verschillende zorgsectoren is gebleken dat de scenario's 1 en 4 de meeste aanhangers hebben. Scenario 1 is vooral populair binnen de psychiatrie en de GGZ, terwijl geconsulteerde hulpverleners werkzaam in jeugdhulpverlening, het onderwijs, justitie en andere zorgsectoren vaker opteren voor scenario 4.⁶ In de volgende paragrafen worden beide scenario's daarom in meer detail uitgewerkt en wordt beargumenteerd dat de keuze voor deze twee scenario's samenhangt met het perspectief van waaruit

men het probleem van de geestelijke volksgezondheid beziet en met de ontwikkelingen die zich in de betreffende sectoren voordoen.

3.2 HET MEDISCH-PSYCHIATRISCHE PERSPECTIEF

Binnen de psychiatrie en in kringen van beleid en onderzoek domineert op dit moment het substitutiescenario: de groei in zorgconsumptie wordt niet veroorzaakt door een toename aan psychische stoornissen in de bevolking als wel door ontwikkelingen in de organisatie van de zorg, verschuivingen tussen eerste en tweede lijn, veranderingen in de hulpvraag, etc.

De opvatting dat het voorkomen van psychische stoornissen in de bevolking niet is toegenomen, steunt op het al wat oudere epidemiologische cultuur-vergelijkende onderzoek, dat in ons land een sterke impuls heeft gekregen door het pionierswerk van de Groningse emeritus hoogleraar sociale psychiatrie R. Giel. In zijn uit de jaren zestig daterend vergelijkend onderzoek tussen Ethiopië en Nederland liet hij zien dat de psychische stoornissen in beide landen nauwelijks van elkaar verschilden. In *Jansen en Mamo* (1970) vergeleek hij twee prototypische neurotische patiënten, de ene afkomstig uit Nederland, de andere uit Ethiopië. Wat hem daarbij opviel was de grote overeenkomst tussen beide. Hun problemen waren zo vergelijkbaar dat het voor een westerse psychiater eenvoudiger is om met een neurotische Ethiopiër te praten dan met een gezonde. De cijfers uit zijn onderzoek bevestigden deze grote overeenkomsten. In een tamelijk modern dorp in Ethiopië bleek 11,8 procent van de inwoners van 20 jaar en ouder psychiatrische klachten te hebben. In een traditioneel, alleen per muilddier te bereiken dorp was de psychiatrische morbiditeit 13,5 procent. En in een Zuid-Hollands dorp met zowel dorps- als stedelijke kenmerken was de morbiditeit vergelijkbaar, namelijk 14,2 procent. De opvattingen van Giel zijn een goed voorbeeld van wat in de transculturele psychiatrie het universalistisch standpunt wordt genoemd: psychische stoornissen zijn in hun essentie en hun voorkomen universeel.⁷

De opkomst van de biologische psychiatrie heeft een sterke impuls gegeven aan

- 6 De steun voor scenario 1 is binnen de GGZ niet algemeen. Het zijn met name de epidemiologen, de managers en de beleidspsychiaters die dit scenario aanhangen. Onder vrijgevestigden en de begeleidende beroepen bestaat ook grote steun voor scenario 4.
- 7 In de meest recente epidemiologische studies lijkt toch weer wat afstand te worden genomen van dit universalistisch standpunt. Dit gebeurt onder andere door minder nadruk te leggen op het voorkomen van psychische stoornissen en de aandacht te focussen op minder categorisch materiaal (wel/geen stoornis) zoals niveau van functioneren en omvang en ernst van de beperkingen (cf. Bijl e.a. 2000).

de populariteit van het universalistische standpunt. Het vele onderzoek in deze traditie maakt duidelijk dat psychische stoornissen een biologische basis hebben en te beïnvloeden zijn met specifieke medicijnen. Recente studies maken zelfs aannemelijk dat de psychische stoornissen genetisch zijn vastgelegd. Daarmee wordt de rol van de samenleving als oorzaak van psychische stoornissen sterk gerelativeerd. Misschien lokt de ene samenleving meer depressie en de andere samenleving meer angststoornissen uit, maar van een ziekmakende samenleving kan slechts in beperkte mate sprake zijn.

Daarmee is niet gezegd dat de samenleving onbelangrijk is. Integendeel, de samenleving heeft namelijk grote invloed op de wijze waarop met psychische stoornissen wordt omgegaan. In maatschappelijk verband wordt ziekte niet uitsluitend gedefinieerd als een meetbare afwijking van de bio-fysische of psychologische normen, maar ook door het gedrag van de zieke en de reactie daarop van de omstanders. Deze verschillende aspecten van ziekte sluiten aan bij het in de medisch-sociologische literatuur gangbare onderscheid tussen *disease*, *illness* en *sickness*. *Disease* staat voor de (biologische) aandoening, *illness* voor de subjectieve beleving ervan en *sickness* voor de sociale en maatschappelijke aspecten.

Voor het begrijpen van de invloed van de samenleving op ziekte verdient vooral het sicknessaspect en de daarmee samenhangende ziekenrol bijzondere aandacht. De ziekenrol wordt door Giel (1985) omschreven als het 'samenhangende geheel van gedragingen, houdingen, verwachtingen en interacties' gekoppeld aan ziekten. Al deze aspecten zijn sterk tijdsgebonden en kunnen een verklaring bieden voor de verschuivingen in zorgconsumptie van de afgelopen decennia. Een toenemende hulpvraag zou heel goed het gevolg kunnen zijn van een verlaging van de drempel tot het zoeken van hulp. Mensen zijn sneller geneigd hun psychische problemen onder ogen te zien en aan te kloppen bij professionele hulpverleners. Ook de substitutie tussen eerste en tweede lijn past heel goed in dat perspectief: de inrichting van de samenleving en het zorgsysteem bepalen in zeer belangrijke mate wanneer mensen gebruik maken van welke professionele zorg.

De populariteit van het universalistisch standpunt laat zich goed verklaren door de ontwikkelingen die de tweedelijns-GGZ de afgelopen decennia heeft doorgevoerd. Van een klassieke gestichtspsychiatrie is de geestelijke gezondheidszorg uitgegroeid tot een gedifferentieerd stelsel van extra-, semi- en intramurale zorgvoorzieningen. Daarbij heeft zich geleidelijk een transformatie voltrokken in de aard van de zorg en de cliëntèle die er gebruik van maakt (vgl. Hutschemaekers en Neijmeijer, 1998). De vroegere gestichtspatiënten leden vooral onder chronische aandoeningen die een normaal functioneren in de samenleving onmogelijk maakten. Het betrof in grote lijnen vier typen van patiënten: patiënten

met een chronisch psychiatrische aandoening (bijv. schizofrenie), patiënten met een neurologische aandoening (bijv. hersentumor) patiënten met een verstandelijk handicap (idioten en imbecielen) en oudere dementerende patiënten. Voor geen van deze patiëntengroepen bestond een adequate behandeling. Na de Tweede Wereldoorlog verdwenen deze groepen geleidelijk uit de gestichten; met de splitsing tussen psychiatrie en neurologie verdwenen de neurologische patiënten, vanaf de jaren vijftig verhuisden veel oudere patiënten naar de opkomende verpleeghuiszorg, in de jaren zestig vond een verzelfstandiging van de gehandicaptenzorg plaats, en tenslotte werden zeer geleidelijk grote groepen van chronisch psychiatrische patiënten ondergebracht in zogenaamde tussenvoorzieningen, waaronder de beschermende woonvormen. De cliëntèle van de gestichten kreeg daarmee een ander karakter: een steeds grotere groep stelde zich vrijwillig onder behandeling en kon na een klinische opname weer terug aan de slag in de maatschappij. Het gesticht werd een psychiatrisch ziekenhuis waarbij naar het voorbeeld van het algemene ziekenhuis genezing steeds meer op de voorgrond kwam te staan.

In de ambulante zorg voltrok zich een ietwat andere ontwikkeling. Na een periode van groei en differentiatie in voorzieningen en patiëntenpopulatie (1890: eerste zelfstandige praktijken; 1920 psychiatrische buitendiensten voor voor- en nazorg van psychiatrische patiënten; 1927: medisch opvoedkundig bureaus; 1940: oprichting instituten voor medische [later multidisciplinaire] psychotherapie; 1950: opkomst van de bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden) voltrok zich begin jaren tachtig een grote integratie van voorzieningen met de start van de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg). De Riagg's kenmerkten zich door een breed aanbod van therapieën gericht op een zeer brede categorie van patiënten (van psychosociale problemen tot en met chronisch recidiverende psychiatrische stoornissen). Al vanaf het eerste begin was er discussie over dit brede aanbod. Volgens de *Nieuwe Nota* van de minister van Volksgezondheid uit 1984 diende 'de hulpverlening door of vanwege een Riagg zich meer dan tot nu toe het geval was te richten op ernstige psychische problematiek (...) Behandeling van psychosociale klachten dient (...) te worden overgedragen aan de Eerstelijnszorg'. In de jaren negentig werd de kritiek op het brede aanbod van de Riagg steeds luider. Zo stelde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 1998) in zijn advies over de geestelijke gezondheidszorg in de XXIe eeuw dat de GGZ zich te veel zou richten op mensen met 'lichtere psychosociale problematiek' en zich te weinig beperkte tot haar kerntaken, de behandeling van mensen met ernstige psychische stoornissen. Ook minister Borst kwam tot dit standpunt in haar beleidvisie GGZ uit 1999.

Een en ander heeft er toe geleid dat het object (het domein) en de functie cq. taken van de GGZ de afgelopen decennia zijn verschoven. De zorg voor patiënten met een chronische handicap is geleidelijk en ten dele uit de GGZ verdwenen.

Het specifieke uitsluitende domein van de intramurale zorg, de asylnfunctie, is de afgelopen jaren in omvang gereduceerd. De transmurale zorg is juist sterk in omvang gegroeid. De specifieke ambulante GGZ is verbreed en verliest op dit moment terrein aan de eerste lijnszorg. Het aantal patiënten met een min of meer acute stoornis is sterk in aantal gestegen. Daarbij is de functie van de GGZ verplaatst van verzorging en bescherming naar herstel en genezing, en heeft zij een veel sterker geneeskundig karakter gekregen. Deze verandering is hand in hand gegaan met een hernieuwde tendens om psychische stoornissen toch vooral op te vatten als universele ziekten en met de herwaardering van de psychiatrie als kerndiscipline van de GGZ.

Samenvattend: de veranderingen in dominante behandelideologie binnen de GGZ hebben er toe geleid dat vooral het ziekteaspect van psychische stoornissen veel aandacht hebben gekregen. Dat past bij een psychiatrie die aansluiting zoekt bij de algemene geneeskunde en psychiaters die zich vooral als dokters profileren. Die keuze sluit ook aan bij de opvatting dat psychische stoornissen een universeel karakter hebben en dat de psychiatrische diagnostiek en behandeling niet direct gebonden zijn aan een specifieke westerse context. Vervolgens past deze ontwikkeling ook bij de internationale trend om de tweedelijns-GGZ te beperken tot de ernstig psychiatrische stoornissen die intensieve transmurale zorg behoeven. En ten slotte is het vanuit dit perspectief bijna vanzelfsprekend dat de toename aan zorgconsumptie in belangrijke mate een gevolg is van intensivering van de zorg voor dezelfde groep van patiënten. Geen sprake dus van een toename aan psychisch leed in de bevolking.

3.3 HET SOCIAAL-MAATSCHAPPELIJKE PERSPECTIEF

Heel anders is de dominante opvatting van hulpverleners op de werkvloer die vaak werkzaam zijn buiten de muren van de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. In een door de commissie georganiseerd rondetafelgesprek overheerste bij vertegenwoordigers uit onderwijs, jeugdhulpverlening, justitie, en maatschappelijk werk een veel somberder perspectief op de geestelijke gezondheid van de bevolking. De één noemt als centraal kenmerk van het huidige tijdsgewricht een lage frustratietolerantie binnen de gezinnen, die zich vooral uit in huiselijk geweld. De ander constateert toenemend geweld op straat en in scholen. Het gaat daarbij om een toename in kwantiteit, maar meer nog in ernst. Weer een ander legt de nadruk op het afnemend vermogen om met spanningen en tegenslag in het leven om te gaan, waardoor men slecht kan reageren op problemen en snel gefrustreerd raakt. De gevaren van verslaving, geweld en depressie liggen hier op de loer. Ook heerst er ongerustheid over het hoge ambitieniveau van zowel het individu als de samenleving, waardoor mensen zich continu opgejaagd voelen en teleurstellingen onvermijdelijk lijken. Werknemers voelen zich vaak gestresst, ouders zijn onzeker

en veel kinderen zijn somber gestemd over hun toekomst, zo wordt geconstateerd. Algemeen is tenslotte de opvatting dat de problemen het grootst zijn bij kansarme groepen, waarbij met name allochtone jongeren worden genoemd. Het ontbreekt aan goede integratiemogelijkheden met alle risico's van dien.

Deze ervaringen van professionals uit de directe 'Umwelt' van de psychiatrie vormen een bijna perfect contrapunt ten opzichte van de dominante opvatting binnen de GGZ. In de omgeving van de geestelijke gezondheidszorg wordt psychische ongezondheid veel breder opgevat dan als de verzameling van psychische stoornissen volgens de DSM-systematiek. Er wordt geen duidelijk onderscheid gemaakt tussen psychische en sociale problemen, en dat kan ook niet goed. Beide typen lopen door elkaar heen, waarbij de algemene indruk is: hoe meer van het een, des te meer van het ander. Juist het samengaan van sociale en psychische problematiek voedt de opvatting dat de inrichting van de samenleving in belangrijke mate (mede)verantwoordelijk is voor de aard en de omvang van geestelijke ongezondheid.

Deze opvatting vindt haar oorsprong in twee bronnen. Allereerst in de sociale psychiatrie, door een van haar grondleggers ooit omschreven als de tak van de psychiatrie die tot taak heeft 'die problemen op te lossen welke uit een wisselwerking van de samenleving en de geesteszieken voortkomen' (Meijers, geciteerd in Van Londen, 2001). De sociale psychiatrie zelf is in aanvang te kenschetsen als een crisisverschijnsel. Ze ontstond in de jaren dertig, toen de gemeenten zich genoodzaakt zagen hun uitgaven drastisch te beperken, onder andere door het aantal psychiatrische opnames van gemeentepatiënten beter in de hand te houden. De eerste sociale psychiaters begonnen met een rondgang langs de gestichten, om te concluderen dat een deel van de chronische patiënten heel goed uit de inrichting zou kunnen worden ontslagen als de sociale omstandigheden het toelieten en er een goede nazorg was. Die zou moeten bestaan uit arbeidsbemiddeling, begeleiding en waar nodig ook uit materiële hulp. Op verschillende plaatsen in het land begon men dergelijke nazorg op poten te zetten. Daar kwam na verloop van tijd de preventieve zorg, de 'voorzorg', bij: het huisbezoek bij mensen voor wie opname was aangevraagd, waarbij gekeken werd of opname wel nodig was. Opname kon soms vermeden worden, bijvoorbeeld door de inschakeling en voorlichting van de sociale omgeving van de patiënt, door verlichting van maatschappelijke of financiële problemen, of door ambulante hulp.

De vroege sociale psychiatrie kende niet alleen een financiële achtergrond. Ook de overtuiging dat een psychische stoornis lang niet altijd voldoende reden was om iemand radicaal te verwijderen uit de maatschappij speelde een rol. Na de Tweede Wereldoorlog kreeg deze ideologische achtergrond de overhand. Daar kwam in toenemende mate een maatschappijkritisch element bij. Van meet af aan was de sociale psychiatrie gericht geweest op maatschappelijke interventies,

maar deze droegen aanvankelijk een neutraal karakter. Het ging om de wederzijdse aanpassing van de patiënt en zijn omgeving. In de jaren zestig en zeventig kwam het ziekmakende aspect van allerlei processen en structuren in de maatschappij steeds sterker op de voorgrond te staan en werd het de ambitie van de sociale psychiatrie om deze weg te nemen of om te buigen. Wie het ontstaan van psychiatrische stoornissen wilde voorkomen, kon niet om maatschappijhervorming heen. Deze gedachte kon in de jaren zeventig op ruime weerklank rekenen.

De tweede bron van de opvatting dat maatschappelijke omstandigheden (mede) ten grondslag liggen aan het ontstaan van psychische en psychosociale problemen is te vinden in het maatschappelijk werk, het latere welzijnswerk. Na de oorlog kreeg het algemeen maatschappelijk werk een nieuwe impuls en een nieuwe identiteit door de introductie van het *social casework* (Marie Kamphuis). Dankzij het *social casework* kon het maatschappelijk werk zijn oorspronkelijke doel – het verhogen van het zedelijk peil – verbreden en slaagde het erin zich los te maken van het levenbeschouwelijke karakter van de armenzorg door zich als ‘neutraal’ en ‘deskundig’ te profileren. De Algemene Bijstandswet van 1965 markeerde het definitieve einde van de oude armenzorg met haar charitatief en filantropisch karakter, en bestendigde de nieuwe taak van het algemeen maatschappelijk werk. Armoedebestrijding was veranderd in het regelen en beheren van financiën, waarbij psychosociale ondersteuning van de cliënt een kernthema werd. De ‘School voor maatschappelijk werk’ werd de ‘Sociale Academie’. De gemeenschappelijke noemer voor de activiteiten van afgestudeerden van de sociale academie werd het begrip ‘welzijn’.

In de periode 1965-1975 werd de bevordering van geestelijke volksgezondheid een taak van de overheid die voor een belangrijk deel vorm kreeg via het welzijnsbeleid. De verwachtingen waren hooggespannen. Na de geslaagde industrialisering van Nederland en de toename van de welvaart, zou nu het cultureel en maatschappelijk welzijn van de burgers krachtig worden gestimuleerd. Van de overheid werd verwacht dat zij de maatschappelijke belemmeringen voor een optimale zelfontplooiing zoveel mogelijk zou wegnemen. Een tijd lang gingen hooggestemde welzijnsidealisme en optimistische gedachten over de maakbaarheid van de samenleving hand in hand, in de politiek, in de wetenschap en in ‘het veld’. Ook in de GGZ sloeg de welzijnsgedachte aan. Psychotherapeuten die hun vak serieus nemen, zo schreef in 1970 de hoogleraar klinische psychologie J.H. Dijkhuis, moeten het aandurven ‘stelling te nemen tegen sociale en maatschappelijke structuren die onleefbare situaties in de hand werken’. En: ‘alle vormen van begeleiding binnen de instellingen van geestelijke gezondheidszorg moeten mijns inziens opgevat worden als activiteiten om sociale veranderingen te bewerkstelligen. (...) Dit houdt in dat geestelijke gezondheidszorgers meer dan voorheen werkzaam zouden moeten zijn op het gebied

van de welzijnszorg algemeen en op het gebied van de politiek'. (Dijkhuis, geciteerd in Van Lieshout, 1985).

Maar tegen het eind van de jaren zeventig keerde het tij. Fundamentele kritiek op de ambities van het welzijnsbeleid was steeds luider te horen (Van Doorn, 1978; Achterhuis, 1979), en ook de praktijk bleek weerbarstig. De malaise werd mede in de hand gewerkt door de stagnatie van de economie, die de verzorgingsstaat met zijn financiële grenzen confronteerde, en door de opkomst van een aantal nieuwe welzijnsproblemen, zoals de groeiende structurele werkloosheid, de integratie van etnische minderheden en de toename van de verslavingsproblematiek. De oplopende bezuinigingsdruk en de omslag in het bestuurlijk denken in de richting van deregulering en decentralisatie hebben bij politici en bestuurders het vertrouwen in de heilzaamheid van overheidsbemoeienis en welzijnsinterventies in snel tempo doen krimpen. De belemmeringen die de burger in zijn ontplooiing ondervond werden in de jaren tachtig niet langer gezocht in onwenselijke maatschappijstructuren, maar in de ongewenste bemoeiingen van overheid en professionele welzijnswerkers (Duyvendak, 1999). Zo verdween rond 1985 het door de nationale overheid gevoerde welzijnsbeleid. Het werd drastisch afgeslankt, gedecentraliseerd en verhief in de jaren tachtig de autonomie van de cliënt tot nieuwe leidraad.

Ook hierop is weer een reactie gevolgd. Onder de noemer van 'sociaal beleid' is in de tweede helft van de jaren negentig een lokaal georiënteerd welzijnswerk ontstaan, waarin weer plaats is voor een 'modern paternalisme' (Kuypers en Van der Lans, 1994) en waarin, zij het minder verstrekkend dan voorheen, een sociaal-maatschappelijk perspectief wordt gehanteerd op de problemen waar men mee te maken krijgt. Nieuw uitgangspunt daarbij is dat deze problemen moeten worden aangepakt en opgelost in het territoriale milieu waar ze zich voordoen. Op allerlei beleidsterreinen en bij een groot aantal instellingen (politie, GGD's, jeugd- en welzijnswerk) heeft dit recentelijk geresulteerd in een sterk wijkgerichte aanpak van problemen.

De geestelijke gezondheidszorg maakte intussen een heel andere ontwikkeling door. Hier bestond de dominante trend na 1980 juist uit regionalisering en schaalvergroting. Tegelijkertijd nam ook in deze sector de belangstelling voor maatschappelijke determinanten van psychiatrische en psychosociale problemen af. De sociale psychiatrie verdween als inspiratiebron en raakte als praktijk gemarginaliseerd. Van Londen (2001) noemt hiervoor drie redenen. In de eerste plaats ontbrak het de sociale psychiatrie aan voldoende wetenschappelijk fundament om haar pretenties te kunnen onderbouwen. Men leefde er op een eenzijdig dieet van onbewezen claims, idealisme en optimistische verwachtingen. Dat bleek op den duur niet genoeg. In de tweede plaats kreeg de biologische psychiatrie steeds meer de wind in de zeilen en begonnen biologische opvattingen de sociale psychiatrie te overvleugelen. In de derde plaats ver-

anderde het maatschappelijk klimaat. Idealen van maatschappelijke hervorming en 'maakbaarheid' kwamen in een kwade reuk te staan, zodanig dat de oude stellingen inderhaast werden verlaten. Niet alleen de sociale psychiatrie was hier slachtoffer van, ook de oude welzijnsgedachte werd rigoureuus uit de GGZ verwijderd. Wat van het sociaal-psychiatrische gedachtegoed resteerde, kreeg in de loop van de jaren tachtig vorm in de zogeheten extramuralisering. Daarover komen we verderop in dit rapport nog uitgebreider te spreken. Hier volstaat de constatering dat de overplaatsing van psychiatrische patiënten uit de inrichtingen naar de wijken plaatsvond in een periode waarin de tweedelijns-GGZ zich, zoals in het voorafgaande al werd beschreven, meer en meer op haar psychiatrische kerntaken ging terugtrekken.

Men zou kunnen stellen dat de omgeving van de GGZ als geen ander de gevolgen van deze terugtrekkende beweging ondervindt. Terwijl de problemen alleen maar groter leken te worden, kreeg men in verwante sectoren steeds vaker en steeds sterker het idee er alleen voor te staan. Dat geldt in het bijzonder voor de grote steden. Het algemeen gevoelen is dat de huidige psychiatrie slecht is ingesteld op de crisissituaties die zich voordoen in de marges van het stedelijk bestaan. Met gestoorde verslaafden, vereenzaamde zwervers, verwarde en gevaarlijke gekken die zich in de stadscentra ophouden, weet men niet goed raad. Er doen zich dan ook geregeld incidenten voor waarbij 'de psychiatrie' of 'de hulpverlening' het vooral in de ogen van de politie laat afweten. In het algemeen klaagt men over sterke verkokering in de GGZ, een gebrek aan samenwerking tussen hulpverlenende instanties, een onduidelijke verdeling van verantwoordelijkheden en slechte bereikbaarheid buiten kantooruren. Te vaak worden daardoor anderen opgezadeld met de zorg voor daklozen, verslaafden en psychiatrische patiënten in crisis. Het komt er in de regel op neer dat zij in politiecellen terecht komen, waar zij, daar is iedereen het over eens, niet thuishoren.

Waar men in de psychiatrie van mening is dat de prevalentie van psychiatrische aandoeningen stabiel is, ziet men in de instellingen in haar omgeving voortdurend tekenen van toename. Bovendien ziet men in toenemende mate multiprobleem situaties met voortdurend dreiging tot escalatie. Problemen doen zich vooral voor bij groepen mensen die niet goed in staat zijn voor zichzelf een plaats binnen de samenleving te organiseren, voor zichzelf te zorgen en de kansen te grijpen die de samenleving hun aanreikt. Deze risicogroep lijkt in de ogen van de betrokkenen uit het veld eerder groter dan kleiner te worden.

3.4 CONTRASTEN EN OVEREENKOMSTEN

De beschreven perspectieven leiden tot zeer verschillende interpretaties van de geestelijke gezondheid van de bevolking. De medisch-psychiatrische visie

relatieve bezorgdheid over geestelijke ongezondheid met een verwijzing naar de universaliteit van psychiatrische stoornissen en de geringe spreiding van incidentie- en prevalentiecijfers tussen een groot aantal westerse samenlevingen. Als de zorgconsumptie al is toegenomen dan is dat een gevolg van veranderingen in hulpzoekgedrag of aanpassingen binnen de organisatie van de zorg. Zodra daarvoor is gecorrigeerd valt vooral stabiliteit op. Buiten de tweedelijns-GGZ denkt men daar heel anders over. Men constateert een sterke toename van ernstige psychische en sociale problematiek. Hulpverleners blijken met name ongerust over het geweld in het gezin en op straat en het onvermogen van sommige groepen, nogal eens van niet-Nederlandse afkomst, om een plaats te vinden binnen de maatschappij. Een van hun klachten is dat de professionele zorg voor deze mensen de afgelopen decennia eerder is af- dan toegenomen en dat nu ook de GGZ haar handen van deze groep aftrekt.

Deze twee visies steunen op uiteenlopende waarnemingen. De overtuiging dat er sprake is van een gelijkblijvend aantal stoornissen, is gebaseerd op uitvoerig epidemiologisch onderzoek, waarbij gebruik wordt gemaakt van een gevalideerd meetinstrumentarium dat per definitie bijna ongevoelig is voor lokale contextvariabelen. Dit instrumentarium is bij uitstek geschikt voor het opsporen van de grote psychiatrische stoornissen, zoals beschreven in de DSM (As I). De overtuiging dat er sprake is van toename van ongezondheid berust daarentegen op observaties van gedrag dat minder eenvoudig te classificeren is, maar waar politie en justitie, het onderwijs en het buurtwerk wel dagelijks mee worden geconfronteerd. De problemen waar zij tegenaan lopen hebben vooral betekenis binnen de Nederlandse situatie, waar geweld in gezin en op straat een actueel thema is en waar het vraagstuk van integratie van allochtonen hoog op de beleidsagenda staat.

Het begrip psychische volksgezondheid blijkt dus voor meerdere uitleg vatbaar. De controverse over de geestelijke (on)gezondheid blijkt daarmee op zijn minst ten dele het gevolg te zijn van verschillende definities. Of daarbij sprake is van fundamenteel andere perspectieven is niet duidelijk; het kan ook gaan om de uiteinden van hetzelfde continuüm, waarbij zich aan de ene kant de klassieke psychiatrische stoornissen bevinden, en aan de andere kant de maatschappelijke problemen die een ernstige bedreiging vormen voor de kwaliteit van leven. Schnabel (1995) heeft eerder op dit definitieprobleem gewezen: het begrip geestelijke gezondheid heeft een uitermate gevarieerde inhoud.

Uitgaande van deze twee uitersten, kan men de nadruk leggen op de grote en principiële verschillen, maar is het ook mogelijk om de overeenkomsten te benadrukken en zelfs om vol te houden dat het verschil tussen beide is te reduceren tot de interpretatie van een hypothetisch construct: het onderliggend psychisch substraat. Het universalistisch standpunt is geënt op de hypothese dat culturele invloeden vooral van invloed zijn op de ziektebeleving en de ziekterol,

terwijl in de cultuurafhankelijke benadering het onderscheid tussen ziekte, ziekterol en ziektebeleving minder principiële is en culturele invloeden in beginsel op elke van deze drie aspecten van toepassing zijn. In beide benaderingen bestaat er met andere woorden overeenstemming met betrekking tot culturele variatie in ziekterol en ziektebeleving. Een voorbeeld kan dat verduidelijken. De vraag of Nederlanders tegenwoordig vaker aan een depressieve stoornis leiden, geeft ongetwijfeld aanleiding tot heftige controverses. Tegelijkertijd is iedereen het erover eens dat mensen tegenwoordig eerder geneigd zijn hun depressieve gevoelens te onderkennen en er professionele hulp voor te zoeken. Bovendien is er ook nauwelijks discussie over de stelling dat we tegenwoordig heel anders omgaan met depressieve mensen: er is meer hulp beschikbaar en als gevolg van betere verzekeringssystemen maakt de samenleving het mogelijk dat mensen sneller de ziekterol op zich nemen.

Met andere woorden: de scherpe kanten van de controverse verdwijnen wanneer we het vraagstuk van de geestelijke volksgezondheid toespitsen op de invloed van de samenleving op de ziektebeleving en de ziekterol. Maar is daarmee niet ook de kern van de kwestie op een zijspoor geraanged? Inderdaad kan er geen uitspraak meer worden gedaan over de vraag of Nederland steeds zieker wordt. Echt problematisch is dat echter niet, want het antwoord op de vraag of een specifieke maatschappelijke ontwikkeling een psychische stoornis veroorzaakt dan wel zichtbaar maakt, is niet echt interessant. Het gevolg voor individu en samenleving is namelijk identiek: meer (zichtbare) stoornissen. Bovendien leidt deze aanpak niet tot een reductie van onderwerpen: alle relevante maatschappelijke ontwikkelingen kunnen in de analyse worden betrokken. Daarmee is direct een belangrijk pluspunt gegeven: de analyse wordt verplaatst van de stoornis naar de samenleving, de context waarin die stoornis wordt beleefd en begrepen.

4 Trends: individualisering en mondialisering

De vraag of Nederland steeds zieker wordt, valt niet zondermeer met cijfers te beantwoorden. De ene expert ziet in recente epidemiologische cijfers een bewijs van toename van psychische stoornissen in de bevolking, de ander constateert op basis van diezelfde cijfers hooguit een gelijkblijvend aantal stoornissen. Veel eenduidiger zijn de cijfers met betrekking tot veranderingen in de zorg zelf: een intensivering van het gebruik van GGZ-voorzieningen als gevolg van transmuralsisering en een verplaatsing van psychische problematiek van de eerstelijns algemene gezondheidszorg naar de tweedelijns specialistische gezondheidszorg. De cijfers tonen wel degelijk (culturele) verandering. De minimale interpretatie ervan luidt dat psychisch leed in onze samenleving een andere plaats en betekenis heeft gekregen, een meer verontrustende lezing kan zijn dat de verschuiving in zorg een teken is van een minder goed geëquipeerde eerstelijnszorg of zelfs van ernstiger wordend leed. Een nadere analyse van de veranderingen in de samenleving in relatie tot de geestelijke volksgezondheid zal tot meer helderheid moeten leiden.

De vraag naar relevante veranderingen in de samenleving stelt ons voor een schier onmogelijke opdracht, zowel in kwantitatief als kwalitatief opzicht. Veranderingen zijn er in vele soorten en maten, en kunnen moeilijk in dit bestek allemaal beschreven worden. Dat is ook niet nodig; lang niet alle veranderingen zijn van belang voor de geestelijke volksgezondheid. Bovendien tendeert volgens het Sociaal Cultureel Planbureau een groot aantal veranderingen in dezelfde richting. In dit hoofdstuk volgen wij de analyses van het Sociaal Cultureel Planbureau. Daarbij spitsen we de analyses toe op verschuivingen in de relatie tussen individu en omgeving, te weten processen van individualisering en mondialisering.

4.1 DE MODERNISERING VAN DE SAMENLEVING

In 1999 verscheen de bundel *Individualisering en sociale integratie* onder redactie van P. Schnabel. In deze bundel gaven zeven auteurs hun lezing van de belangrijkste sociaal-culturele trends, zoals beschreven in het SCP-rapport *Sociaal en Cultureel Rapport 1998: 25 jaar sociale verandering*. Volgens de socioloog R. van der Veen hielden de belangrijkste veranderingen van de afgelopen decennia direct verband met het proces van modernisering.

Modernisering wordt volgens Van der Veen gekenmerkt door de scheiding van de sociale sferen, de secularisering van denken en handelen, de toename van rationele coördinatie van individueel en collectief handelen, en tenslotte door veranderingen in de sfeer van sociale relaties.

1 Scheiding van de sociale sferen.

In de feodale en pre-industriële samenleving was sprake van een sterke 'verknoping' van sociale sferen, bijvoorbeeld tussen het huishouden en de economische productie. Met de industriële productiewijze zijn deze twee sferen uit elkaar getrokken. Ook bij andere maatschappelijke activiteiten heeft zich een dergelijke scheiding van sferen voorgedaan, bijvoorbeeld tussen de economische sfeer en de sfeer van het openbaar bestuur: het bezit van macht en de uitoefening van macht zijn geleidelijk ontkoppeld geraakt. Er is een separate bestuurlijke sfeer ontstaan, waarbinnen weer nieuwe scheidingen tussen sferen zijn opgetreden, zoals de scheiding van de wetgevende, de uitvoerende en de rechtsprekende macht

2 Secularisering van denken en handelen.

Door de socioloog Weber wordt het proces van secularisering *die Entzauberung der Welt*, de onttovering van de wereld, genoemd. Met de opkomst van het rationele, wetenschappelijk denken en, daarmee samenhangend, van het monotheïsme is het belang van religie afgenomen en dat van doelrationeel handelen toegenomen. Deze secularisering is een proces van zeer lange termijn: animistische wereldbeelden, die werden gekenmerkt door een bezield levende wereld zijn geleidelijk vervangen door polytheïstische en vervolgens monotheïstische wereldbeelden, waarin de invloed van het bovennatuurlijke op het alledaagse steeds geringer werd. Van der Veen merkt daarbij op dat deze secularisering van het wereldbeeld er toe heeft geleid dat de gepercipieerde autonome handelings sfeer van het individu en de gepercipieerde mogelijkheden tot beheersing van de sociale en natuurlijke wereld geleidelijk zijn toenemen.

3 Toename van rationele coördinatie van individueel en collectief handelen.

De scheiding van maatschappelijke sferen en de secularisering van denken en handelen hebben geleid tot een rationelere benadering van maatschappelijke activiteiten. Rationaliteit wordt door Van der Veen gedefinieerd als een bewuste afweging van het nut van bepaalde middelen om een vooraf gedefinieerd doel te behalen; dus een doel-middel rationaliteit. De toename van rationele coördinatie is waarneembaar in de sfeer van economische productie: de opkomst van de fabrieksmatige productiewijze, en ook in de sfeer van het openbaar bestuur: de opkomst en geleidelijke dominantie van de bureaucratische organisatievorm.

4 Verandering van sociale relaties.

In de moderne leefwereld zijn het belang, de reikwijdte en de afhankelijkheid van directe en persoonlijke relaties afgenomen. Tegelijkertijd is echter de interdependentie (wederkerige afhankelijkheid) toegenomen. Mensen worden, aldus Van der Veen, op een steeds diffusere manier van steeds meer mensen afhankelijk.

Eenzijds verwijst dit naar een individualisering van sociale relaties waarbij de waarden van vrijheid en rechtvaardigheid geleidelijk de plaats hebben ingenomen van maatschappelijke orde en dwang. Anderzijds verwijst deze ontwikkeling in sociale relaties naar meer afstand en mondialisering, met als mogelijk bijeffect anomie en vervreemding.

De hiervoor beschreven ontwikkelingen hangen nauw met elkaar samen. Als gevolg van de scheiding van sociale sferen en de toename van rationele coördinatie zijn mensen op een steeds diffusere manier van steeds meer mensen afhankelijk geworden. Omgekeerd geldt waarschijnlijk ook dat de veranderende sociale relaties een krachtige impuls hebben gegeven aan genoemde ontwikkelingen. Ook de sociologen van het eerste uur – Marx, Durkheim, Weber, Tönnies – hebben deze ontwikkelingen gezien als één samenhangend conglomeraat van interdependenties, met zowel positieve als negatieve gevolgen. Die constatering legitimeert dan ook de keuze die de commissie gemaakt heeft om de analyse van de modernisering te beperken tot de twee gevolgen van de veranderingen in de sociale relaties tussen mensen: individualisering en mondialisering. Hieronder zullen we aan de hand van de cijfers van het SCP beide ontwikkelingen afzonderlijk beschrijven. Daarna zullen we de gevolgen van beide ontwikkelingen – die heel goed te beschouwen zijn als twee kanten van dezelfde medaille – in hun onderlinge samenhang presenteren.

4.2 INDIVIDUALISERING

Het SCP hanteert het begrip individualisering als algemene noemer van de veranderingen in de Nederlandse samenleving in het laatste kwart van de inmiddels afgesloten twintigste eeuw. Individualisering wordt daarbij gezien als een historisch, sociaal en cultureel proces dat behelst dat burgers onder invloed van de toegenomen verscheidenheid van primaire relatievormen (huwelijk en gezin) en fragmentering van traditionele sociale categorieën (nationale staat, familie, klasse, buurt en sekserollen) zelf in toenemende mate vorm geven aan hun levensplanning en persoonlijke biografie (Bauman, 1998). Bij de uitwerking van dit denkkader volgen wij hier de beschrijving van Schnabel (1999).

4.2.1 ONTWIKKELINGEN

Nederland telt 16 miljoen inwoners. Vergeleken met vorige generaties zijn wij steeds minder geneigd en genoodzaakt in grote eenheden met elkaar samen te leven. Tussen 1960 en 2000 steeg het aantal inwoners met 40 procent maar het aantal huishoudens steeg met bijna 55 procent. Bijgevolg is het aantal leden per huishouding zeer sterk gedaald, van gemiddeld bijna 3,6 tot minder dan 2,3. Dat is

een daling van meer dan 35 procent. In de meest algemene zin gaat het om een daling van het aantal kinderen per gezin en een stijging van het aantal alleenstaanden. Kinderen verlaten het huis eerder en doen dat vaker als alleenstaande. Het aantal paren dat bewust afziet van het krijgen van kinderen is toegenomen, even als het aantal paren dat na verloop van tijd weer uit elkaar gaat. Aan de andere kant van het leeftijdsspectrum neemt het aantal huishoudens nog eens extra toe door het verschijnsel van de 'dubbele' vergrijzing. (de gecombineerde effecten van de gemiddeld geringere levensverwachting voor mannen en de gemiddeld lagere huwelijksleeftijd voor vrouwen). Steeds meer gehuwde vrouwen blijven na het overlijden van de partner steeds langer alleen achter. Het ontstaan van steeds meer kleine zelfstandige huishoudens is te zien als een kwantitatieve uitdrukking van een maatschappelijk proces van individualisering dat het leven in groepen, ook in zeer kleine, steeds meer tot een bijzondere of een tijdelijke situatie maakt. Voor volwassenen lijkt het leven met anderen veel meer een keuze te zijn geworden, die ook heel anders had kunnen uitvallen. Verzelfstandiging houdt echter meer in dan alleen de vorming van een steeds groter aantal kleinere eenheden. Ook binnen een huishouden neemt de verzelfstandiging toe. Gehuwde vrouwen houden vaker hun eigen naam, partners beschikken minder over elkaars inkomen en delen minder vanzelfsprekend elkaars vriendenkringen en elkaars tijd. Kinderen beschikken steeds meer elk over een eigen kamer met alle comfort en over een deur die door andere gezinsleden niet zonder kloppen wordt geopend. Vergeleken met veertig jaar geleden heeft elke huisbewoner nu niet meer gemiddeld ruim één, maar twee kamers tot zijn beschikking. Ook de afzonderlijke gezinsleden individualiseren. De persoon van de moeder valt steeds minder volledig met de functie van het moederschap samen. Ouders spreken elkaar met de voornaam aan, en oudere kinderen spreken hun ouders ook steeds meer met de voornaam aan. In alle gevallen gaat de ontwikkeling in de richting van informalisering. In de tendens tot informalisering komen de gelijkheid van het individu en de ondermijning van hiërarchische verhoudingen tot uitdrukking. Informalisering is daarmee een sterke indicator voor doorzettende individualisering (vgl. Wouters, 1990).

Individualisering wordt als maatschappelijk proces zichtbaar in de verzelfstandiging van mensen ten opzichte van elkaar. Dat betekent dat mensen op steeds meer terreinen van het leven keuzes kunnen maken die relatief los staan van de keuzes van andere mensen, zelfs als die hun zeer nabij zijn, en ook relatief los van eerder of elders gemaakte eigen keuzes. Er is minder duidelijke dwang dan vroeger, maar er lijkt ook minder berusting te zijn in wat het lot brengt en minder bereidheid zich neer te leggen bij tekorten en tegenslag. De maakbaarheid van het eigen leven en van de eigen persoon is, volgens Schnabel, letterlijk een levenswerk en ook een leven werk geworden.

Paradoxaal is wel dat individuele keuzes enkel kunnen bestaan bij de gratie van het feit dat voor maatschappij en samenleving deze keuzes van het individu als individu onbelangrijk zijn. Individualisering en dus verzelfstandiging van het individu is alleen mogelijk in samenlevingen die voor hun voortbestaan niet meer afhankelijk zijn van het individu. Dat wil niet zeggen dat in deze samenlevingen het individu niet meer telt, maar wel dat de persoonlijke, directe en totale afhankelijkheid van mensen van elkaar is vervangen door een gegeneraliseerde afhankelijkheid, waarin alle mensen elkaar een beetje nodig hebben, maar niemand voor zijn bestaan afhankelijk is van één of enkele anderen. Individualisme is dus alleen mogelijk in samenlevingen met een hoge mate van arbeidsverdeling, functionele differentiatie en specialisatie, met een bijbehorende hoge productie van goederen en een hoog niveau van gemeenschapsvoorzieningen. Individualisering is de luxe van rijke samenlevingen.

Ook in een rijke samenleving als de Nederlandse bestaan intussen nog grote verschillen tussen groepen mensen in hun mogelijkheden om hun leven zelfstandig en vrij de individueel gewenste vorm te geven. Deze ongelijkheid is een van de belangrijkste mobiliserende krachten in de samenleving geworden. De problematisering van dit verschil is het kenmerk van alle emancipatiebewegingen. Hun doelstelling is niet zozeer maatschappelijke hervorming op zich, maar maatschappelijke gelijkstelling in de vorm van praktische erkenning en verwerkelijking van individuele gelijkwaardigheid. Emancipatiebewegingen zijn in de eerste plaats gericht op het vergroten van de vrijheid om zelf keuzes te maken of tot de mogelijkheid van een vrije keuze te worden toegelaten. Kenmerkend voor het moderne individualisme is dat de uniciteit van het individu haar uitdrukking vindt in een strikt persoonlijk en door de persoon bijeengehouden geheel van rollen en functies, dat in die combinatie niet standaard is.

4.2.2 GEVOLGEN VOOR DE GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID

Het individualisme, zoals hierboven beschreven, betreft een maatschappelijk proces van verzelfstandiging van de afzonderlijke mensen in de samenleving. De analyse van deze ontwikkeling is empirisch onderbouwd door de SCP-cijfers. Veel lastiger wordt dat bij de interpretatie van de psychologische individualisering. Individualisering verwijst dan naar het ontwikkelingspsychologisch proces van groei van iedere mens van boreling tot volwassene en naar het proces van individualisering tot wat maatschappelijk gezien een cultuur van individualisme wordt genoemd. Nogal eens worden maatschappelijke en psychologische individualisering aan elkaar gekoppeld waardoor de suggestie gewekt wordt dat met het proces van maatschappelijke individualisering ook de psychologische individualisering de afgelopen decennia sterk is toegenomen. Met die min of meer hypothetische koppeling wordt de relatie met veranderingen in de geestelijke

volksgezondheid bijna 'vanzelfsprekend' gelegd. Daarbij gaat de analyse meerdere richtingen uit. Hier sluiten we aan bij een min of meer chronologische opeenvolging van opvattingen, zoals die sinds de jaren zeventig zijn uitgewerkt.

Positief

Het maatschappelijk individualisme heeft ertoe geleid dat de machtsverhoudingen tussen het individu en zijn directe sociale omgeving sterk zijn veranderd en geëgaliseerd. Het sturend vermogen van de sociale omgeving is daardoor verminderd. Daarom kan de moderne mens meer eigen keuzes maken. Van een totale afhankelijkheid van bijvoorbeeld één instantie of één persoon, is in de geïndividualiseerde samenleving geen sprake meer: de coördinatie van de verschillende afhankelijkheidsrelaties met hun verschillende graden van afhankelijkheid kan steeds meer door het individu zelf worden verzorgd. Aldus hebben de typische verlichtingsidealen van vrijheid en gelijkheid geleid tot een andere psychologische werkelijkheid, waarin vrijheid synoniem is geworden aan privacy, zelfontplooiing en autonomie, en gelijkheid aan gelijkwaardigheid, wederzijds respect en verantwoordelijkheid.

Die ontwikkeling blijkt bijvoorbeeld uit de interpretatie die Lukes in 1973 geeft aan individualisering (Lukes, in: Schnabel, 1999). Met de opkomst van het individualisme heeft volgens hem erkenning plaatsgevonden van:

- de waarde en de waardigheid van de mens. Ieder mens is gelijk in waarde en heeft een gelijke waardigheid;
- de mogelijkheden van ieder mens tot zelfbepaling en van zijn persoonlijke verantwoordelijkheid en eigen autonomie;
- de waarde van het onderscheid tussen het openbare en het private leven. De individuele mens heeft het recht op een 'privaat leven', waarin hij onbespied en ongestoord door instantie van het gemeenschapsleven zijn gang kan gaan;
- de waarde van de zelfontplooiing en zelfverwerkelijking van het individu. De veronderstelling van het individualisme is dat zelfontplooiing van de individuele mens niet alleen tot groter persoonlijk geluk leidt, maar ook in hoge mate bijdraagt aan de kwaliteit van het samenleven.

Volgens Abma (1995) heeft de grote doorbraak van deze psychologische interpretatie van individualisering plaatsgevonden in de jaren zeventig met de introductie van het begrip 'zelfontplooiing':

'Deze term duidde aanvankelijk vooral op 'verder leren' en 'algemene ontwikkeling', maar kreeg in deze periode een specifieke psychologische invulling, die gebaseerd was op een biologische metafoor; in ieder mens is een kern aanwezig, het 'zelf'. Die kan en moet uitgroeien tot de mogelijkheden van dit zelf optimaal

zijn verwerkelijk. Het komt er op aan voor dit groeiproces de juiste voorwaarden te scheppen, en dat houdt in dat men zijn eigen psychische ontwikkeling voortdurend moet observeren en analyseren. Deze nieuwe invulling van geestelijke gezondheid was oorspronkelijk afkomstig uit de 'humanistic psychology' (Maslow), en voor het praktisch realiseren ervan werd een reeks van technieken ontwikkeld (zoals de fameuze 'sensitivity training'). Deze technieken maakten een vloeiende overgang mogelijk naar ideologisch verwante therapievormen zoals de 'client-centered therapy' van Rogers. (...) Rogers legde de nadruk op de zelfverantwoordelijkheid en het zelfinzicht van de cliënt; de rol van de therapeut is slechts de cliënt te helpen, en zo het gestokte groeiproces weer op gang te brengen.' (Abma, 1995, 79-80).

Een voorbeeld van die visie is het werk van de psychiater Hugenholtz. Omdat allerlei externe instanties zoals de kerk en de lokale gemeenschap hun greep op het individu grotendeels hebben verloren, hebben mensen veel meer vrijheid gekregen. Mensen zijn beter in staat vanuit zichzelf te kiezen. Er is sprake van een humanisering van het individu en de samenleving, kortom van een 'getij van vrijheid'. Tegelijkertijd erkent Hugenholtz dat de overgang van de gebonden naar de vrije samenleving voor sommigen te snel gaat en daardoor leidt tot nieuwe stoornissen, dat wil zeggen aanpassingsstoornissen aan de nieuwe tijd (vgl. Hutschemaekers, 1990).

Hugenholtz' opvattingen zijn misschien wel erg extreem geformuleerd en daardoor voor velen niet altijd herkenbaar. Toch klinken in menig standpunt elementen door van zijn visie. Zo ziet Van Dantzig (1995) de individualisering en de psychologisering van het bestaan primair als een bevrijding: een afrekening met het cultureel feodalisme, dat de westerse maatschappij tot aan de Verlichting in zijn greep had. Het verdwijnen ervan heeft het leven er misschien niet simpeler op gemaakt, maar heeft mensen wel gedwongen hun eigen keuzes te maken en zich niet langer te verlaten op de stemmen uit de hemel. Daarmee is voor het eerst ruimte ontstaan voor het innerlijk. En dat is volgens Van Dantzig pure winst.

Negatief

De 'zelfontplooiingsmythe' (Nijk, 1978) heeft al vanaf het eerste begin veel kritiek uitgelokt. Het gezondheidsbevorderende aspect van deze individualisering is allesbehalve onomstreden. Zelfontplooiing wordt door critici gelijkgesteld aan 'super psychologisering', dat wil zeggen aan het voortdurend bewaken van het eigen psychisch leven. Feitelijk, komt het er op neer dat mensen zichzelf voortdurend centraal stellen. Het Zelf is tot de nieuwe God verheven, men preekt het egoïsme als beginsel (Jansen van Galen, 1979). Niet zonder reden duidde de *Haagse Post* het tijdsgewricht aan als het 'Ik tijdperk'. Individualisering wordt gezien als synoniem voor egocentrisme, egoïsme en onverschilligheid. Later

(Jansen van Galen, 1988) is het Ik-tijdperk op het niveau van de samenleving in verband gebracht met het verlies van sociale cohesie. Een toenemend aantal mensen wenst zich niet meer te houden aan regelingen die in het algemeen belang zijn getroffen, omdat ze toevallig niet stroken met het persoonlijk belang. 'Als iedereen voor zichzelf zorgt, wie zorgt er dan nog voor elkaar?' Voorbeelden zijn er te over: toenemend geweld op straat, afnemende zorgen voor de directe omgeving, regelovertreding etc.

Vooraf het aspect van vermeende groeiende onveiligheid heeft de laatste jaren veel aandacht getrokken. Een veilige omgeving, dat wil zeggen: een omgeving die overzichtelijk is en die mensen voor niet al te onaangename verassingen plaatst, wordt door velen opgevat als een basisvoorwaarde voor geestelijke gezondheid (*Vier gevaarlijke kruispunten*, 1991). De groeiende onveiligheid, samenhangend met 'sociale verloedering', is ten minste ten dele een gevolg van onze individualistische cultuur, 'waarin nu eenmaal de *Selbstzwang* (zelf-beheersing) belangrijker geworden is dan de repressie van buiten af' (*Vier gevaarlijke kruispunten*, 1991).

De negatieve invloeden van het individualisme betreffen echter niet alleen, zoals in het geval van geweld, de effecten van het gedrag op anderen, maar ook de individuele psychische huishouding. Er is volgens critici sprake van een 'atomisering' van de samenleving, van een cultuur van 'vrijheid, gelijkheid en eenzaamheid' (Hofstee, 1981). Toenemend individualisme betekent afnemend belang van de sociale omgeving en afnemende betrokkenheid bij (sociale) instituties als de kerken, politieke partijen en het buurtleven. Hofstee ziet een afnemende betrokkenheid ten opzichte van anderen met als gevolg afname van sociale cohesie en toenemende vereenzaming. 'Niet alleen doet (het individualisme) de moderne mens zijn voorouders vergeten, zij verbergt ook zijn afstammelingen voor hem en scheidt hem van zijn tijdgenoten; zij verwijst hem voortdurend terug naar zichzelf en dreigt hem tenslotte geheel op te sluiten in de eenzaamheid van zijn eigen hart', aldus de journalist Tom Wolfe in 1976 (in: Schnabel, 1999).

Christopher Lasch heeft in zijn beschrijving van de *Culture of narcissism* (1979) van het toenemend individualisme een moderne psychische stoornis gemaakt. De individualist stelt zich weliswaar voortdurend in het middelpunt van de aandacht en wil alle aandacht op zich vestigen, maar dat is niet het gevolg van een sterk ego. Integendeel, het is een uiting van een *minimal self*. Het moderne narcisme is een ontwikkelingsstoornis, een teken van geestelijke onvolwassenheid. Een narcist heeft een chronisch gebrek aan zelfgevoel; hij moet voortdurend aan zichzelf denken om een positief zelfbeeld te handhaven.

De structuralistische interpretatie

Tegenover de optimistische en pessimistische interpretaties van de gevolgen van individualisering heeft de Franse filosoof Foucault in de jaren zeventig en tachtig

een derde interpretatieschema geplaatst. Ook Foucault ziet in de Verlichtingsidealen de aanzet voor het moderne individualisme. Doordat tijdens de Verlichting de vraag werd gesteld 'wie we zijn' ontstond het subject (het beleefde ik). Maar daarmee is nog niet duidelijk waarom het individualisme vaste voet aan de grond kreeg, daarvoor moest het individualisme ook passen in de samenleving, dat wil zeggen: een manier worden waarop die samenleving en de daarbinnen vigerende machtsverhoudingen 'geproduceerd' worden. Het individualisme is in de Westerse samenleving een mentaal schema geworden, een model van en voor de werkelijkheid (De Ruijter, 2000), dat wil zeggen een manier waarop mensen zichzelf en elkaar disciplineren en onder controle houden en brengen. Het individualisme stelt als norm dat moderne individuen op een specifieke wijze over zichzelf nadenken. Individualisme produceert zogoeged een eigen orde met eigen vormen van dwang, in- en uitsluiting.

De structuralistische analyse stelt het individualisme zelf niet ter discussie. Zij beperkt zich ertoe vast te stellen dat mensen vrijheid en autonomie als ideaal percipiëren en zichzelf zien als verantwoordelijk voor hun eigen keuzes. Voor ahangers van dit interpretatieschema is vooral de vraag van belang wat achter dergelijke zelfopvattingen schuilgaat en welke gevolgen zij hebben. Kenmerkend voor het individualisme is dat het onderdeel is geworden van onze cultuur; er is in onze tijd een geheel van voorstellingen, normen, waarden en tradities, dat ons aanzet tot de perceptie van onszelf als autonoom individu. Dat is een paradox: wij leven in een cultuur die ons dwingt onszelf als vrij te denken. Deze zelfopvatting staat los van de feitelijke mogelijkheden die het individu heeft om keuzes te maken. Het gaat vooral om de interpretatie: de cultuur schrijft ons voor ons doen en handelen te interpreteren als uitkomst van onze eigen vrije keuzes. Daarmee worden we zelf aandeelhouder van ons eigen leven en (on)geluk, en daarmee zien we onszelf verantwoordelijk voor de realisering van onze doelen en de oplossing van onze problemen. Lukt ons dat niet, dan kunnen wij voor hulp aan kloppen bij hulpverleners. Het is hun taak ons vrij te maken van onze eigen interne beperkingen die onze eigen vrijheid in de weg staan.

De hamvraag is vervolgens: waartoe leidt die vrijheid? Foucault en de zijnen laten zien dat vrije keuzes specifieke maatschappelijke verhoudingen produceren. Anders geformuleerd: de bestaande maatschappelijke orde heeft baat bij die zogenaamde vrije keuzes, want zij leiden telkens tot hetzelfde resultaat: aanpassing van het individu aan de normen en waarden van de samenleving. Kenmerkend voor het moderne individualisme is dat vrije mensen steeds meer en steeds vaker dezelfde 'eigen' keuzes maken. Van deze conformering kunnen vele voorbeelden worden gegeven. Zo is het aantal kinderen per gezin veel gelijkjer geworden sinds mensen daar een vrije keuze van konden maken. Ook is het aantal gedragsafwijkingen dat onbehandeld blijft, sterk gereduceerd. Veel sneller dan vroeger wordt bij gedragingen verondersteld dat ze helemaal niet

voortkomen uit vrije keuzes maar juist uit psychische beperkingen of ziekten. Aldus beschouwd is het moderne individualisme een vorm van gedragsregulatie, waarmee wij – de samenleving – onszelf en elkaar in het gareel brengen en houden.

4.3 MONDIALISERING

Als tegenhanger en pendant van de individualisering wordt vaak het begrip globalisering gehanteerd. Globalisering heeft inmiddels heel wat discussie uitgelokt, en hoewel de betekenis van het begrip breder is, wordt het in deze discussie direct gekoppeld aan de internationalisering van de economie. Globalisering is dan een van de paradepaardjes van het neo-liberale gedachtegoed, waarbij verondersteld wordt dat het openen van de markt zal leiden tot een verdere economische groei en een hoger levenspeil in het westen. Voor ons doel, het beschrijven van de gevolgen van de vergroting van de leefwereld op de geestelijke volksgezondheid is een bredere definitie gewenst. Daarom gebruiken we hier de neutralere naam mondialisering.

Tot nog toe heeft nog weinig onderzoek en analyse plaatsgevonden naar de relatie tussen mondialisering en geestelijke volksgezondheid. Toch lijkt het vermoeden gerechtvaardigd dat mondialisering grote effecten heeft op de inrichting van de samenleving en vervolgens op onze kwaliteit van leven. Op basis van de beschikbare literatuur zullen wij in deze paragraaf proberen om enkele van deze mogelijke effecten te beschrijven. De opbouw van deze paragraaf is vergelijkbaar met de vorige: na een definitie en beschrijving van de trends volgt een analyse van mogelijke effecten van mondialisering op de geestelijke volksgezondheid.

4.3.1 DRIE ONTWIKKELINGEN

Volgens Ruud Lubbers, voormalig hoogleraar Globalisering aan de KUB is mondialisering een proces waarin de geografische afstand van minder belang wordt bij het vestigen en onderhouden van grensoverschrijdende economische, politieke en socio-culturele relaties. Dit proces gaat zo snel dat relaties er fundamenteel door veranderen en mensen zich van deze verandering bewust van worden. Als gevolg van de internationalisering van relaties en afhankelijkheden ontstaan nieuwe mogelijkheden maar ook angsten, verzet en reacties (Lubbers & Koorevaar, 1999).

- Mondialisering wordt ten eerste gedreven door economische ontwikkelingen. Het gaat daarbij om het wereldwijd worden van kapitaalstromen en markten. Ook kennen we 'global sourcing' waaronder verstaan wordt dat onderdelen

van het product of benodigde diensten elders, wereldwijd, gekocht worden. De keuze waar te investeren is eveneens in veel meer gevallen een wereldwijde.

- Vervolgens steunt mondialisering op veranderende politieke verhoudingen. Na de Tweede Wereldoorlog hebben we vele decennia geleefd met het concept van drie werelden. Dit veranderde aan het einde van de jaren tachtig. De Koude Oorlog werd beslecht en de tweede wereld, de communistische, kwam tot een eind. De derde wereld verloor als groep van niet gebonden landen daardoor ook zijn identiteit. Daarnaast was er de 'take-off' in Zuidoost Azië. De globalisering van en door de politiek kan men ook als ideologische mondialisering duiden. Het ideologische zit in het geloof in de zegeningen van de markt en in die van de democratie.
- Ten derde wordt mondialisering gedragen door technologische ontwikkelingen die ontstaan uit het huwelijk tussen de satelliet en de computer. Deze nieuwe technologieën hadden en hebben niet alleen enorme betekenis voor de ontwikkeling van economie en handel, maar ook voor de communicatie tussen mensen. CNN is 24 uur per dag met ons en steeds meer burgers communiceren met elkaar via de telefoon, de fax of e-mail.

Samenvattend: mondialisering bestaat uit een samengaan van economische, politieke en technische ontwikkelingen. Deze drie ontwikkelingen werken zo op elkaar in dat er een versnelling van internationaliseringsprocessen op gang is gekomen. Voor ons gaat het vooral om de gevolgen op de geestelijke volksgezondheid van deze grootscheepse internationale stromen.

4.3.2 GEVOLGEN

Over de gevolgen van mondialisering wordt heel wat afgediscussieerd. Volgens sommigen beperken de veranderingen zich tot enkele oppervlakkige verschuivingen, anderen zien fundamentele transformaties optreden. Telkens komen daarbij vier onderling sterk verwante thema's aan bod: groeien mensen en volkeren naar elkaar toe (homogenisering), verandert de solidariteit tussen mensen (cohesie), heeft mondialisering gevolgen voor de onderlinge relaties tussen mensen (relaties en netwerken) en wat zijn de gevolgen van de toegenomen migratie voor het samenleven (multi-ethniciteit)?

Homogenisering

Onder invloed van mondialisering is een nieuw transnationaal stelsel ontstaan. De wereld verandert volgen MacLuhan in een 'global village', waarin mensen meer en meer met elkaar verbonden raken in wereldomspannende netwerken (Giddens, 1990). Sommige auteurs zien als gevolg van dit proces toenemende

convergentie en homogenisering. De groei van een wereldorde dwingt mensen in bepaalde mallen, vormen en inhouden. Mondialisering werkt als een stoomwals die culturele verschillen verkleint en leidt tot toenemende culturele in individuele standaardisering en uniformering. De 'almighty transnational corporations' zuigen culturen mee in het wegwerken van verschillen met als standaardconcepten doelmatigheid, berekenbaarheid, voorspelbaarheid, en controleerbaarheid. Er zou sprake zijn van een 'MacDonaldisering' van de samenleving. Andere auteurs benadrukken de grote voordelen van de culturele convergentie. Convergentie werkt als een motor die aanzet tot groeiende mondiale verbondenheid. Mensen raken meer op elkaar betrokken. Dat uit zich door meer uitwisseling van kennis en contacten alsook door een groeiende solidariteit. Homogenisering leidt in deze optiek niet tot standaardisering, maar tot grotere betrokkenheid.

In de literatuur overheerst echter de opvatting dat mondialisering in het geheel niet leidt tot meer homogeniteit. Eerder is sprake van het tegendeel: mondialisering leidt tot sociale en culturele diversificatie. Deze wordt onder andere zichtbaar in verandering van de bevolkingssamenstelling, in nieuwe vormen van arbeidsdeling binnen huishoudens (mede als gevolg van vergrijzing, snel stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen en gewijzigde opvattingen over vormen van huishoudens), en in de opkomst van het 'open gezin'. Naast de traditionele gezinsstructuur manifesteren zich andere vormen (zoals eenoudergezin, homoverbintenissen, driegeratiegezinnen, economische leefeenheden). Gevolg is dat kinderen volwassen worden in steeds minder onderling vergelijkbare situaties. Ook is er sprake van diversificatie bij andere maatschappelijke instellingen. Deze variëteit zal ten dele de oude klassieke scheidslijnen van regio, sociaal-economische klasse, leeftijd, sekse en religie of politieke overtuiging volgen, maar ook langs nieuwe lijnen lopen.

Cohesie

Mondialisering leidt tot tal van nieuwe verbanden. Sommigen zien in het vervagen van de landsgrenzen mogelijkheden tot nieuwe transnationale loyaliteiten. Voorbeelden daarvan zijn de non-gouvernementele organisaties (NGO) en de zogeheten nieuwe sociale bewegingen. Het betreft hier organisaties en bewegingen van vrijwilligers, gericht op de verspreiding van specifieke waarden, bijvoorbeeld behoud van de natuur, mensenrechten, en dergelijke (het Wereld Natuur Fonds, Natuurmonumenten, Green Peace, de Waddenvereniging, Artsen zonder Grenzen). Nu eens trachten zij die waarden te realiseren door directe actie, denk aan het planten van bomen, dan weer via indirecte actie, door burgers, politici en zakenmensen te bewegen om actie te ondernemen ter behoud van die waarden. Deze nieuwe instituties winnen aan kracht omdat ze landsgrenzen en landsbelangen overstijgen en aansluiten bij de zorgen van grote delen van de

bevolking. Hun kracht blijkt bijvoorbeeld uit de impact van de recente protesten in Seattle en Praag bij vergaderingen van de IMF en de Wereld Handelsbank. Daarnaast, zo meent Lubbers (2000), blijkt hun kracht ook uit de toenemende acceptatie van de waarden die zij voorstaan, met name bij de grote, transnationale ondernemingen. In dat verband wordt wel gesproken van 'responsible business', ofwel maatschappelijk ondernemen.

Anderen zijn minder optimistisch. Mondialisering roept, als gevolg van de politieke ontwikkelingen, allerlei bestuurlijke fricties op. Deze hebben te maken met bestuurlijke problemen om, gegeven verschillen in fases van ontwikkeling, in prioriteiten en in culturele achtergrond, tussen landen tot gezamenlijke bestuurlijke afspraken te komen. Sommigen zien daardoor een erosie van de natie staat optreden en een afbrokkeling van de staat als centrale meld- en regiekamer inzake politieke macht, cultuur en ethiek (De Ruijter, 2000). Als gevolg hiervan ontstaan andere verhoudingen. De maatschappij als geheel, maar ook veel traditionele groepen en instellingen, zoals kerken, vakverenigingen, politieke partijen en beroepsorganisaties kampen met lossere wordende bindingen. Daardoor ontstaat grotere afstand. Dat geldt zowel voor de relatie tussen de maatschappij en deze groepen als ook voor de onderlinge bindingen tussen deze groepen en de relaties met hun achterbannen. De identificatie van de burger met grote systemen wordt vluchtiger, met als gevolg dat de burger op steeds grotere afstand van de maatschappij en de traditionele groepen komt te staan. Tegelijkertijd bestaat er volgens diezelfde auteurs een opmerkelijke samenhang tussen de afnemende cohesie en allerlei maatschappelijke fenomenen, zoals groeiend identiteitsbesef, nationalisme, decentralisatie en herlevend godsdienstig besef. Meestal resulteren deze in een luider roep om lokale eigenheid. Mondialisering schept blijkbaar gunstige condities voor allerlei vormen van lokalisering. Nogal eens treedt daarbij een revitalisering van etnische identiteitsconstructies op.

Relaties en netwerken

Mondialisering heeft tenslotte ook gevolgen voor intermenselijke verhoudingen. Nogal eens wordt in dit verband gewezen op de gevolgen van internet op relaties tussen mensen onderling. Volgens cijfers van het SCP vertoeven jeugdigen steeds vaker op het internet. Na sport is dit de meest tijdrovende bezigheid. Ook hier overheerst het cultuurpessimistische perspectief. Internet zou een weinig sociaal medium zijn. Internetten gaat ten koste van 'real life' contacten en een vlucht uit de boze buitenwereld. Iedereen kan er zijn eigen hoekje zoeken. Men kan communiceren over de hele wereld, maar de buurman ziet men niet meer staan.

Internet zet vanuit dat perspectief aan tot fragmentatie van het sociale leven en afnemende investering in intermenselijke relaties. Niet alleen buiten het internet,

maar ook binnen het internet: grote communities op internet vallen voortdurend uiteen in kleine, gespecialiseerde subgroepjes. Een voorbeeld daarvan zijn de vele websites die gewijd zijn aan het thema rouw. Als gemeenschappelijke noemer is het verlies van een dierbare kennelijk niet meer voldoende. Het moet specifiek, want er ontstaan sites voor mensen die een kind verloren hebben, voor mensen zonder ouders, voor dochters zonder moeder, voor (half-)wezen, voor mensen die een naaste hebben verloren door suicide, etc. Sommigen vermoeden dat dit de communicatie via de computer armoedig en tweederangs maakt. Zij zien met de opkomst van internet een mentale chaos ontstaan. De gebruiker wordt weerloos, omdat hij wordt overspoeld met een golf van onsamenhangende informatie.

Anderen, onder wie de internet-antropoloog Marianne van den Boomen, zijn heel wat optimistischer (in: Giesen, 2000). Internet versplintert niet alleen maar verenigt evenzeer door mensen bijeen te brengen. Van de ongeveer 350 miljoen internetgebruikers maken naar schatting 40 miljoen mensen deel uit van een community, een gemeenschap op internet. Op het net zijn talloze van dergelijke communities ontstaan, waar gebruikers zinvolle contacten opdoen die regelmatig buiten het internet worden voortgezet. In het dagelijks leven is het vrij moeilijk om mensen te vinden die een naaste hebben verloren door suicide, omdat zulke tragische omstandigheden betrekkelijk zeldzaam zijn. Maar op internet kunnen ervaringen worden uitgewisseld met lotgenoten en zelfs over de hele wereld. Bovendien is het net voor de meeste mensen een aanvulling op, en niet een surrogaat voor hun sociale leven.

Ook wordt er druk gespeculeerd over de invloed van internet op de menselijke geest en de worsteling tussen wie we zijn en wie we zouden willen zijn. Gebruikers van internet doen zich graag anders voor dan ze zijn. Dat ligt niet alleen aan hen, maar ook aan het medium. Er is geen zintuiglijk contact, en dus geen non-verbale feedback. Er zijn geen corrigerende blikken, gefronste wenkbrauwen, zichtbare twijfels, of bedachtzame stiltes. Dat lijkt een ontremmend effect te hebben. Fantasieën of gedachten die anders onuitgesproken blijven, worden geuit. De ander is alleen maar in de verbeelding aanwezig en dat neemt psychologische en sociale barrières weg. Het gevoel van vrijheid wordt nog versterkt doordat de internetgebruiker de wereld afreist zonder zijn stek te verlaten. Men wordt er vrijmoedig van. Zoals je in de intimiteit van je eigen huiskamer makkelijker een persoonlijk gesprek voert dan in een vreemde ruimte. Maar of en hoe die verandering het sociale leven beïnvloedt, is allesbehalve duidelijk. Sommigen denken dat individuen zich steeds minder gebonden weten aan de groepen waartoe zij behoren en misschien wel aan elkaar. Anderen zien vooral nieuwe bindingen ontstaan. Er wordt kortom heel wat gespeculeerd over de gevolgen van mondialisering op intermenselijke contacten. Schuyt constateert daarbij dat het perspectief van waaruit men deze veranderingen bekijkt alles-

bepalend is. Kijkt men met de oude ogen naar de oude en bekendere bindingsvormen, die lange tijd goed hebben gefunctioneerd maar nu duidelijk ten onder dreigen te gaan, dan slaat de schrik om het hart. Kijkt men vanuit een ander perspectief naar deze ontwikkelingen, dan ziet men allerlei nieuwe wegen en mogelijkheden ontstaan die niet automatisch tot cultuurpessimisme leiden (Schuyt, 2000).

Multi-ethniciteit

Een van de meest zichtbare gevolgen van de mondialisering is de etnische diversifiëring van Nederland. Wie de huidige stadsbevolking vergelijkt met die van vijftig jaar geleden ziet een geheel ander beeld. De samenstelling van de Nederlandse bevolking is drastisch veranderd, aanvankelijk door de komst van Surinamers, Antillianen, Turken en Marokkanen, later, vanaf de jaren negentig, vooral door de komst van vluchtelingen en asielzoekers. Op dit moment is zo'n tien procent van de Nederlandse bevolking allochtoon; in de grote steden ligt dit percentage aanzienlijk hoger, zo rond de 30 procent. Een stad als Utrecht telt inwoners uit zo'n 165 verschillende landen van herkomst.

Migratie is allesbehalve een nieuw verschijnsel, maar onder invloed van de groei van de wereldbevolking, de ontwikkeling van transportmogelijkheden, armoede en (burger)oorlog is de omvang ervan sterk toegenomen. De vraag is of ook de aard ervan veranderd is. Ja, zegt een deel van de deskundigen. Zo zouden tegenwoordige migranten veel minder dan hun voorgangers geneigd zijn zich aan te passen aan de nieuwe samenleving waarin zij terecht zijn gekomen:

'De toegenomen communicatiemiddelen maken het mogelijk de banden met familieleden en vrienden aan te houden en de moderne vervoermiddelen maken min of meer frequente bezoekcontacten mogelijk. Instituties van politieke of culturele aard maken ook gebruik van deze middelen en houden zo culturele tradities en/of politieke aspiraties gericht op het land van herkomst in stand. Het assimilatieproces komt op deze wijze niet op gang, of krijgt een beperkt partieel karakter. Op deze wijze ontstaan 'moderne diaspora's' of 'transnationale gemeenschappen'. Wat voor de vroegere landverhuizers een tussenstadium was, kenmerkend voor de eerste generatie, leidt zo tot de formatie van intergenerationale groeperingen wier ideaal niet het opgaan in de nieuwe samenleving is, maar het bestendigen van een diffuse, meervoudige situatie, gesymboliseerd in het dragen van twee, of zelfs meer dan twee paspoorten' (Van Amersfoort, 2001, 5).

Volgens sommigen is deze diffuse, meervoudige situatie de voorbode van een werkelijk multiculturele situatie, waar we allemaal naar op weg zijn en die als ideaal van een transculturele maatschappij kan gelden. De allochtone bevolking,

althans bepaalde groepen daaruit, zijn zo het voorbeeld van een transformatie van de cultuur, waarin de nationale identiteit haar exclusieve betekenis verliest. Dit beeld geldt natuurlijk niet voor de allochtone groep in zijn geheel. Er zijn allochtonen die, uit onmacht of om welke reden dan ook, hardnekkig aan hun oude cultuur blijven vasthouden en die geen enkele affiniteit hebben met een meervoudige transculturele situatie. Het moderne fundamentalisme, van welke gezindte dan ook, kan men zelfs beschouwen als het tegenbeeld van een dergelijke situatie. Hierin ligt de kiem voor de vorming van transnationale gemeenschappen met geen of weinig binding, of zelfs in conflict met het gastland. Een dergelijke culturele segregatie hangt sterk samen met sociaal-economische marginaliteit.

Zeker is dat de sociaal-economische positie van allochtonen in Nederland over het geheel genomen op dit moment aanmerkelijk zwakker is dan die van autochtonen. Vergeleken met de autochtone populatie zijn zij minder geschoold, en vaker werkloos of arbeidsongeschikt. De kloof tussen arm en rijk die zich *tussen* landen voordoet, is, zo stellen diverse deskundigen, ook *binnen* landen zichtbaar, waarbij met name allochtone groepen economisch en technologisch achterop raken en slechts beperkte toegang hebben tot de voorzieningen van de verzorgingsstaat, zoals huisvesting, gezondheidszorg en onderwijs. Als gevolg van deze dualisering kunnen maatschappelijke uitvalsverschijnselen verder toenemen, zeker in de grote steden, die in Nederland in negatieve zin afwijken van de rest van het land. De groei van de werkgelegenheid is er geringer, de werkloosheid groter, het gemiddeld inkomen lager, de gezondheidstoestand slechter, de onderwijsprestaties minder en de criminaliteit hoger. Nogal eens wordt in dit verband gewaarschuwd voor een escalatie van het minderhedenvraagstuk (De Ruijter, 2000).

Wie focust op deze marginalisering, zal inderdaad geneigd zijn in de aanwezigheid van grote groepen allochtonen een bedreiging te zien van de sociale cohesie in verzorgingsstaten. De opvattingen hierover zijn echter verdeeld. Tegenover de minderheidsvorming valt te wijzen op processen van opwaartse mobiliteit van sommige allochtone groeperingen (Surinamers en Antillianen), de toenemende sociale diversiteit bij andere (Turken en Marokkanen), op de schoolsuccessen van tweede generatie allochtone meisjes en andere tekenen van integratie. Uit een recent werkdocument van de WRR *Perspectief op integratie* blijkt bovendien dat er onder Nederlandse migrantengroepen geen sprake is van omvangrijke onderklassevorming en segmentatie. De dominante tendens is die in de richting van assimilatie, waarbij de factor opleiding een cruciale rol vervult. Participatie in het onderwijs, aldus de WRR, ' genereert niet alleen economisch kapitaal, maar ook sociaal en cultureel kapitaal. Het is deze combinatie van hulpbronnen die de integratie van minderheidsgroepen in Nederland bevordert' (Dagevos, 2001, 180).

Zo gezien, is er geen reden voor pessimisme en vormt het hedendaagse transnationalisme vooralsnog geen bedreiging van betekenis voor de stabiliteit en het functioneren van de verzorgingsstaat, maar vooral een aansporing tot het garanderen van goed en toegankelijk onderwijs. Niettemin is er sprake van een evenwicht dat mede door invloeden van buiten eenvoudig kan worden verstoord. 'Het moeilijkst grijpbaar zijn de mobiliserende gevolgen van internationale conflicten die wereldwijd grote emoties wekken', schreef de migratiedeskundige Van Amersfoort recentelijk (Van Amersfoort, 2001, 52). De gebeurtenissen van 11 september hebben het belang van deze woorden onderstreept. Zij leken ook in Nederland – juist in Nederland – bevolkingsgroepen tegen elkaar op te zetten. Of het hier gaat om een kortstondige eruptie of om een blijvende verscherping van tegenstellingen is nog niet te zeggen. Een en ander is uiteraard mede afhankelijk van de internationale ontwikkelingen.

Duidelijk is wel dat de mondialisering via de toegenomen mobiliteit en de vestiging van grote aantallen allochtonen in Nederland van invloed is op de geestelijke volksgezondheid en de geestelijke gezondheidszorg. Spanningen tussen allochtone en autochtone bevolking zullen zich, veel of weinig, hoe dan ook blijven voordoen en hebben hun weerslag op het geestelijk welbevinden van mensen. Migratie gaat gepaard met heimwee en stress, tussen de (traditionele) eerste en de (vernederlandste) tweede generatie kunnen zich grote conflicten voordoen, en bij sommige groepen allochtone jongeren zien we een opeenstapeling van psychosociale problemen. Een groot deel daarvan komt op dit moment terecht op het bord van de politie. Van de vluchtelingen en asielzoekers is een groot deel getraumatiseerd door oorlogs- en geweldservaringen. Voor hen is een specifiek hulpaanbod nodig. Om het groeiend aantal allochtone cliënten een plaats te geven in de GGZ, zullen niet alleen taal- en cultuurbarrières moeten worden overwonnen, maar zal ook de zorg zelf moeten veranderen. De commissie sluit zich aan bij de aanzetten die er op dit punt inmiddels zijn gegeven, waarin gepleit wordt voor een krachtig en samenhangend interculturalisatiebeleid om de tekorten in de zorgopleidingen en het zorgaanbod aan te pakken (Van Dijk e.a., 2000; RVZ, 2000a, 2000b; Actieplan GGZ-Nederland, 2001). Specifieke problemen vragen om een specifiek aanbod. Dat aanbod komt niet alleen de (allochtone) cliënten ten goede, het levert in zijn uitwerking ook inzichten op met betrekking tot de grotere problematiek van inburgering en integratie.

4.4 THE EYE OF THE BEHOLDER

Over één zaak zijn de geleerden het eens: een van de meest fundamentele aspecten van de modernisering van onze samenleving in de afgelopen tweehonderd jaar betreft het proces van individualisering. Ook lijkt er overeen-

stemming te bestaan over de snelheid en de impact van dat proces: vooral na de Tweede Wereldoorlog heeft de individualisering in sneltreinvaart aan invloed gewonnen. Maar daarmee houdt de overeenstemming op. Zodra het aan komt op de interpretatie van deze ontwikkeling en de gevolgen ervan voor de geestelijke volksgezondheid vindt een scheiding der geesten plaats. Sommigen zien in de individualisering een krachtige impuls voor een betere geestelijke volksgezondheid. Doordat er meer ruimte ontstaat voor ontplooiing en individuele keuzes krijgen mensen immers meer aandacht voor hun eigen behoeften en wensen. Gevolg is een humanisering van de samenleving en een 'getij van vrijheid'.

Andere deskundigen zijn veel pessimistischer. Zij zien in het individualiseringsproces vooral risico's voor de geestelijke volksgezondheid. Meer vrijheid wordt steeds vaker vertaald in exclusieve aandacht voor eigen rechten en belangen, en steeds minder aandacht voor de ander. De toegenomen onveiligheid op straat kan daarbij als voorbeeld dienen. Anderen wijzen op de negatieve effecten van de individualisering op het individu zelf, dat steeds meer in zichzelf gevangen raakt en daardoor vereenzaamt. Enkelen gaan zelfs zo ver om achter het individualisme een psychische stoornis te vermoeden. Het moderne narcisme, dat zich uit in obsessieve aandacht voor het zelf, zou voortkomen uit een gebrek aan zelfwaarde. Aldus geredeneerd staat het moderne individualisme niet voor een teveel maar voor een gebrek aan individualiteit.

De derde interpretatie gaat voorbij aan positieve of negatieve gevolgen voor de geestelijke volksgezondheid en focust op de functies van het individualisme. Kenmerkend voor een individualistische cultuur is dat het individuen voorschrijft individualistisch te denken, dat wil zeggen de inrichting van hun leven toe te schrijven aan eigen keuzes. Individualisering is een norm die individuen aanzet zich op een specifieke wijze te gedragen. Naarmate die norm sterker is, vallen meer individuen buiten de boot, wat leidt tot een toenemend beroep op professionele hulpverleners.

Met betrekking tot het fenomeen mondialisering kunnen vergelijkbare conclusies worden getrokken. De deskundigen zijn het over één zaak eens: door een sameloop van economische, politieke en technische ontwikkelingen verliezen oude vertrouwde verbanden in sneltreinvaart hun functie en samenhang. Maar er is verschil van mening over de snelheid en de impact van de veranderingen. Raken zij enkel de oppervlakte of is er meer aan de hand en moeten we rekening houden met fundamentele gevolgen voor de kwaliteit van leven en de geestelijke volksgezondheid? Ook is er de discussie over de reikwijdte van de veranderingen: gelden ze voor alle bevolkingsgroepen in gelijke mate of zijn de voor- en nadelen ongelijk verdeeld?

De belangrijkste controverses houden wederom verband met de richting van de veranderingen. Sommigen zien achter de globalisering een tendens tot

uniformering en homogenisering, anderen zien de verschillen tussen mensen groter worden. Discussie is er ook over de afstanden tussen mensen: sommigen constateren afname van afstand en toename van solidariteit, anderen komen tot de tegenovergestelde conclusie: afname van solidariteit en groeiende spanningen tussen bevolkingsgroepen. Of de relaties tussen individuen er in positieve dan wel negatieve zin door worden beïnvloed, blijft vooralsnog afhankelijk van de 'eye of the beholder'.

Wat kan er uit dit gebrek aan overeenstemming worden geconcludeerd? Ten eerste dat er geen eenduidige conclusie mogelijk is over de impact van sociaal-culturele ontwikkelingen op onze geestelijke volkgezondheid. De literatuur leert vervolgens dat in de discussie die daarop volgt drie standpunten telkens terugkeren. Een aantal auteurs negeert het gebrek aan overeenstemming en opteert voor een duidelijke, zij het eenzijdige positie. Anderen zoeken naar samenhang tussen de standpunten en veronderstellen dat de verschillen betrekking hebben op andere aspecten van het fenomeen: voor sommige individuen werkt individualisering positief en voor anderen negatief. Een derde groep auteurs kiest tenslotte voor een minimalistische of sceptische interpretatie: als gevolg van het gebrek aan overeenstemming kunnen onmogelijk uitspraken worden gedaan over de impact van sociaal-culturele ontwikkelingen op de geestelijke volkgezondheid.

Het antwoord op de vraag naar de invloed van sociaal-culturele ontwikkelingen op de geestelijke volkgezondheid blijkt ten dele individugebonden en gekoppeld aan het morele oordeel over de huidige samenleving. Hutschemaekers (1990) vond in zijn onderzoek naar de tijdgebondenheid van psychische stoornissen dat de antwoorden van psychiaters op de vraag in hoeverre de klachten en problemen van hun patiënten de afgelopen jaren waren veranderd direct gekoppeld waren aan hun oordeel over ontwikkelingen in de huidige samenleving. Psychiaters die veranderingen in de samenleving interpreteerden in termen van emancipatie en toenemende vrijheid, constateerden dat de problemen van hun cliënten in de loop der jaren 'menschelijker' waren geworden. Andere psychiaters die veel somberder waren over maatschappelijke ontwikkelingen constateerden meer en vooral ook ernstiger psychische problematiek bij hun cliënten. Zij koppelden het opkomende individualisme aan de stijging van het aantal narcistische stoornissen, die vervolgens in verband werden gebracht met trauma's opgelopen in eerdere levensfasen. Hutschemaekers sprak in dat verband van psychiaters als protohistorici.

Het antwoord op de vraag naar de invloed van sociaal-culturele ontwikkelingen op de geestelijke volkgezondheid is echter niet alleen individugebonden. De antwoorden maken zelf ook deel uit van sociaal-culturele ontwikkelingen. De historicus Migale (1989) heeft in zijn studie naar de geschiedenis van de

geschiedschrijving van hysterie laten zien dat er slechts in beperkte mate sprake is van toenemende inzichten in de historiciteit van de hysterie. In plaats daarvan kunnen historische perioden worden onderscheiden waarin bepaalde interpretaties dominant zijn. In sommige perioden overheerst de opvatting dat hysterie van alle tijden is en dat enkel de symptomen verschuiven. In andere tijden wordt hysterie daarentegen beschouwd als historisch veranderlijk. Ook blijken de ankerpunten waaraan die geschiedenis wordt opgehangen tijdsgebonden. Hetzelfde geldt tenslotte voor de dominante opvatting of de geconstateerde veranderingen nu een uitdrukking zijn van een betere of juist van een slechtere gezondheid.

Van dergelijke historische patronen in interpretaties zijn overigens meer voorbeelden bekend. De resultaten uit onderzoek naar erfelijkheid en schizofrenie, zo laat Kuilman (1993) zien, kunnen worden voorspeld door het jaar waarin deze onderzoeken zijn gepubliceerd. Uit onderzoek uitgevoerd direct na de Tweede Wereldoorlog en in de jaren zeventig van de twintigste eeuw blijkt nauwelijks enige samenhang tussen erfelijkheid en schizofrenie en veel samenhang tussen schizofrenie en omgevingsfactoren. Onderzoek uit de jaren vijftig en de jaren negentig laat juist hele hoge correlaties zien tussen schizofrenie en genetische aanleg. Die grote verschillen laten zich vervolgens goed verklaren aan de hand van veranderingen in de definitie van schizofrenie en in de geaccepteerde bewijzen van beïnvloeding. Daarbij geldt dat er een directe relatie bestaat tussen de uitkomsten van dit onderzoek en de dominante opvattingen in de samenleving over maakbaarheid en erfelijkheid.

De vele interpretaties van de invloed van sociaal-culturele trends, zoals individualisering en mondialisering, op de geestelijke volksgezondheid maken duidelijk dat algemene conclusies in termen van vooruitgang, stagnatie of zelfs verval, vooral afhangen van 'the eye of the beholder'. En omdat 'beholders' deel uitmaken van een samenleving waarin bepaalde opvattingen dominant zijn, is het mogelijk, zoals De Goei (2001) laat zien, een geschiedenis te schrijven van de opvattingen over de relatie tussen sociaal-culturele ontwikkelingen en geestelijke volksgezondheid. Een antwoord op de vraag wie er gelijk heeft, is echter onmogelijk.

4.5 CONCLUDEREND: OUDE EN NIEUWE VLECHTWERKEN

De controverses over de effecten van individualisering en mondialisering op de geestelijke volksgezondheid wekken de suggestie dat er nauwelijks algemene conclusies over dit vraagstuk mogelijk zijn. Ten onrechte. Het is weliswaar onmogelijk directe relaties aan te brengen tussen sociaal-culturele ontwikkelingen en fluctuaties in de geestelijke volksgezondheid, er zijn wel degelijk verbanden aan te wijzen tussen sociaal-culturele ontwikkelingen en de manier

waarop er binnen een samenleving tegen geestelijke volksgezondheid wordt aangekeken en de wijze waarop de samenleving met lijdens aan psychische problemen omgaat. Ook kunnen er uitspraken worden geformuleerd over groepen in de samenleving die als gevolg van de veranderingen meer risico lopen op psychische problemen.

Individualisering heeft ertoe geleid dat mensen meer op zichzelf zijn komen te staan. Dat scheidt ruimte omdat de directe omgeving waartoe zij zich verhouden, steeds kleiner wordt. Tegelijkertijd en samenhangend daarmee is de groep van mensen waarvoor zij rechtstreeks en automatisch zorg dragen kleiner geworden. Omgekeerd geldt ook dat in geval van eigen problemen de groep die vanzelfsprekend zorgtaken op zich neemt, kleiner is geworden.

Ten aanzien van mondialisering speelt een vergelijkbare ontwikkeling: de wereld wordt groter, want met steeds meer mensen zijn steeds meer vormen van contact mogelijk. Tegelijkertijd wordt de wereld steeds kleiner, want met steeds minder mensen zijn de contacten direct en dwingend gegeven. Er is zeggezegd meer mogelijk, maar dat 'meer' moet wel naar eigen inzicht geregeld en georganiseerd worden. Daarmee versterkt mondialisering de ontwikkelingen ingezet door individualisering: beide scheppen de mogelijkheid tot een persoonlijke inrichting van de directe en de verder afgelegen sociale wereld. Mensen kunnen de samenstelling, de aard, de omvang en de intensiteit daarvan in belangrijke mate zelf reguleren.

Daarmee tekent zich een belangrijke ontwikkeling af. Schematisch en dus te zwart wit geformuleerd, heeft de traditionele lokale leefwereld aan onmiddellijk belang ingeboet ten gunste van een veelheid van leefwerelden. Op het gevaar af van overgeneralisatie kan men volhouden dat mensen vroeger waren overgeleverd aan de lokale leefwereld en tegenwoordig meer hun eigen sociale netwerken creëren. De ontwikkeling voltrekt zich in wisselend tempo. In de grotere steden is het belang van de lokale leefwereld eerder en sneller afgenomen dan op het platteland. Daarnaast spelen ook regionale verschillen en is er grote invloed van kerkgemeenschappen en politieke gezindte. Vroeger of later en in meerdere of minder mate voltrekt zich echter een vergelijkbare ontwikkeling. Waar vroeger de sociale ruimte een gegeven was, ontstaat nu een veelheid aan sociale netwerken. Men kan daarbij de nadruk leggen op de ontvlechting van de oude lokale leefwereld, men kan ook focussen op nieuwe mogelijkheden.

Op vele plaatsen bestaan nog (restanten van) stevig verankerde lokale leefwerelden. We zien op die plaatsen nog hoe de sociale orde gegeven is en mensen weten wat hen te doen staat. Iedereen kent elkaar en iedereen weet zijn eigen plaats. Enerzijds werkt die lokale leefwereld als een warme deken waarin de zorg voor en betrokkenheid op elkaar gegeven zijn, anderzijds werkt die lokale leefwereld als een verstikkende deken waarin weinig ruimte is voor persoonlijke keuze en afwijking van de tradities. De keerzijde van betrokkenheid heet sociale

controle, die van zorg bevoogding en bemoeizucht. In traditionele leefwerelden staat het collectief voor de transmissie en vervolgens de handhaving van normen en waarden. Daarmee is de kans op ontsporing beperkt, evenals de kans op ontplooiing.

De nieuwe sociale orde, opgebouwd rond netwerken, is nog weinig uitgekristalliseerd. Duidelijk is al wel dat veel afhangt van persoonlijke keuzes en van individuele vermogens tot het onderhouden van sociale netwerken. Lokale leefwerelden kunnen van groot belang zijn, tegelijkertijd bestaat er meer ruimte zich eraan te onttrekken. Buren kunnen veel voor elkaar betekenen, maar men kan er ook voor kiezen als vreemden naast elkaar te leven. Sommige mensen beschikken in die nieuwe orde over vele vrienden en kennissen, anderen leven meer in de beslotenheid van hun gezin of zelfs in afzondering. Mits anderen daar niet al te veel last van ondervinden, is er veel mogelijk. De rol van de lokale leefwereld is niet per se uitgespeeld, wel zijn er velen voor wie de lokale leefwereld aan belang heeft ingeboet.

Ook wat betreft opvang en zorg kent de oude lokale leefwereld zijn eigen aardigheden. Het sociale leven is stevig verankerd en de rollen van mensen zijn duidelijk. Zorg en sociale controle zijn als de twee kanten van dezelfde medaille gegeven. Er is daardoor een structuur die maakt dat opvoeding niet enkel door de ouders geschiedt, maar min of meer een collectieve aangelegenheid is. Daardoor worden verantwoordelijkheden en het bewaken van grenzen met elkaar gedeeld. Hetzelfde geldt voor de zorg voor zieken; ouders zorgen voor hun kinderen en kinderen later weer voor hun ouders. Daarbij krijgen ze praktische en morele steun en worden ze waar nodig bijgestuurd en 'onder curatele' gesteld. De ruimte die er is voor afwijking wordt als het ware collectief vastgesteld. De oude lokale leefwereld is veilig en zorgzaam voor mensen die in dat systeem gedijen. De oude leefwereld is vervolgens correctief en sturend voor mensen die enige hulp van buiten nodig hebben om in het gareel te blijven. En tenslotte is de oude leefwereld disciplinerend en marginaliserend voor mensen die weigeren in te voegen of daartoe niet in staat zijn.

In de nieuwe leefwereld zijn veel van die zorg- en opvoedende taken minder dwingend en eenduidig geregeld. Veel hangt af van de sociale netwerken die zijn opgebouwd. Afhankelijk daarvan zijn verschillende zorgarrangementen denkbaar. Als voorbeeld nemen we wederom de opvoeding. Opvoeding geschiedt meer dan vroeger binnen de muren van het gezin, met daaraan toegevoegd voorzieningen als crèches, school, naschoolse opvang, maar ook burenhulp, sportclubs, etc. De ouders hebben in dit arrangement een sterke coördinerende taak; zij moeten zorgen voor samenhang tussen en continuïteit binnen de verschillende opvoedingsnetwerken. De combinatie van netwerken heeft tal van voordelen. Zo is er is meer variatie mogelijk en ontstaat meer ruimte voor individuele keuzes. Problemen ontstaan pas wanneer ouders die taken

onvoldoende vervullen, waardoor de samenhang verdwijnt. Dit probleem wordt groter naarmate de jeugdige meer structuur behoeft en er minder mensen de taak, de bevoegdheid of de neiging hebben corrigerend op te treden. Het risico dat de jeugdige tussen de wal en het schip belandt is dan reëel aanwezig. Op andere terreinen valt iets vergelijkbaars te constateren: de opkomst van nieuwe leefwerelden brengt nieuwe risico's op uitval met zich mee. Enkele van die terreinen zullen in hoofdstuk 5 in kaart worden gebracht.

Daarnaast constateren we nog een andere transformatie: met de ontvlechting van de lokale leefwereld zijn geleidelijk veel zorg- en opvoedingstaken overgenomen door een collectief op veel grotere afstand: de overheid. De overheid heeft professionelen ingeschakeld om zorg- en opvoedingstaken uit te voeren. Ook deze ontwikkeling kent zijn eigen voor- en nadelen, waarop we in hoofdstuk 6 nader zullen ingaan.

5 Leefwerelden

Het vorige hoofdstuk heeft duidelijk gemaakt dat er een aantal onderwerpen en maatschappelijke trends te noemen is dat in verband wordt gebracht met de geestelijke volksgezondheid. Over de inwerking van deze maatschappelijke ontwikkelingen op de geestelijke volksgezondheid worden uiteenlopende, vaak zelfs tegenstrijdige dingen beweerd. Wie er gelijk heeft, is daarbij niet uit te maken. Wel is uit de analyse naar voren gekomen dat door de ontwikkelingen in de maatschappij bepaalde vanzelfsprekendheden zijn verdwenen en vertrouwde structuren zijn geërodeerd. Velen hebben daar baat bij en kunnen zich vrijer bewegen dan voorheen. Anderen ondervinden vooral nadelige effecten en zijn er, met het oog op de geestelijke volksgezondheid, juist extra kwetsbaar door geworden. In het vorige hoofdstuk ging het om de gevolgen van grote en abstracte maatschappelijke trends, maar ook in de dagelijkse leefwereld van mensen zijn veranderingen gaande die voor de één gunstiger uitpakken dan voor de ander. In dit hoofdstuk wil de commissie iets langer stilstaan bij de transities zoals die zich op drie gebieden hebben voorgedaan en voordoen, te weten

- 1 Opvoeding
- 2 Territoriaal milieu
- 3 Arbeid.

In de recente discussies over de geestelijke volksgezondheid zijn dit terugkerende thema's. Een antwoord op de vraag welke factoren de geestelijke volksgezondheid belemmeren en wat er op dit gebied verbeterd moet worden, kan in de ogen van de commissie dan ook niet worden gegeven zonder deze thema's in de analyse te betrekken.

5.1 OPVOEDING

Ongerstheid over de jeugd is van oudsher een belangrijke bron van discussie over geestelijke volksgezondheid. Verwaarlozing en geweld binnen het gezin en de tijdgebonden uitingen van 'jeugdverwildering' zijn daarbij steeds terugkerende thema's. Deze aandacht voor de jeugd volgt uit de veronderstelde relatie tussen de kwaliteit van opvoeding en de geestelijke gezondheid op latere leeftijd. Opvoeding moet idealiter de context scheppen waarin de vier essentiële voorwaarden voor geestelijke gezondheid kunnen worden gerealiseerd: een veilige en overzichtelijke omgeving, integriteit van lichaam en persoon, de zekerheid er hoe dan ook te mogen zijn (erkenning voor een eigen zijnswijze), en de mogelijkheid om bij een gemeenschap te horen in een omgeving die voldoende aanknopingspunten biedt voor betrokkenheid (*Vier gevaarlijke kruispunten*, 1991).

Gaat het inderdaad minder goed met de jeugd van tegenwoordig? De meningen

zijn sterk verdeeld. Sommigen maken zich grote zorgen over de grote psychische problematiek onder de jeugd die zou samenhangen met veranderingen in de samenleving. Ervaringen van leerkrachten laten zien dat geweld toeneemt, op scholen, op straat en in gezinnen. De toename zou zowel kwantitatief als kwalitatief zijn. Ook wordt melding gemaakt van toenemende gezinsstress als gevolg van het dicht op elkaar leven, de steeds vaker gekozen combinatie van kinderen en carrière voor beide ouders, en de groei van het aantal gebroken gezinnen. Vooral kinderen zouden hier de dupe van zijn, wat zich uit in gebrek aan concentratie, en in een toename van psychosociale problemen en onaangepast gedrag. Anderen maken juist melding van positieve ontwikkelingen: de jeugd is gezonder, krijgt meer mogelijkheden en benut meer kansen dan ooit. Ook wordt op de scholen meer aandacht besteed aan signalering, preventie en vroegtijdige opsporing van uiteenlopende problemen. Er is meer aandacht voor kinderen gekomen, niet in de laatste plaats ook voor hun emotionele ontwikkeling, waardoor zij beter leren omgaan met hun eigen emoties en die van anderen. Het oordeel over geestelijke volksgezondheid van de opgroeiende jeugd loopt dus uiteen en blijkt sterk te corresponderen met het perspectief van waaruit men de jeugd bekijkt.

Duidelijk is wel dat zich belangrijke veranderingen voordoen ten aanzien van (onze normen aangaande) goede opvoeding en de rol van het gezin. Meer dan vroeger, en geheel in overeenstemming met de individualisering van de samenleving, lijken de doelstellingen van opvoeding te draaien om de ontplooiing van het individuele kind of de individuele jeugdige. Zijn of haar persoonlijke ontwikkeling vormt tegenwoordig het meest gebruikte criterium om de kwaliteit van de opvoeding aan af te meten. De voorwaarden voor die ontwikkeling, de risico's en bedreigingen, de vorderingen en ontsporingen – ze zijn inmiddels alle uit ontwikkelingspsychologisch onderzoek bekend. Zelfs is uit onderzoek bekend welke stijl van opvoeden de beste garanties voor een geslaagde ontwikkeling biedt. Een succesvolle opvoeding steunt ten eerste op een veilig gezin van minstens één stabiele verzorger met een zogeheten autoritatieve opvoedingsstijl, dat wil zeggen een moderne onderhandelingshuishouding waarbij kinderen voldoende gesteund worden, maar ook nèt genoeg in de gaten worden gehouden. Ten tweede, zo blijkt uit groot Amerikaans longitudinaal onderzoek, steunt succesvolle opvoeding ook op de beschikbaarheid van anderen, bijvoorbeeld de bredere familie, de school en de buurt.

Op beide fronten gaat het meestal goed, maar kan er ook veel mis gaan. Wat betreft de eerste pijler van een geslaagde opvoeding, de opvoedingssituatie thuis, laten recente opvoedingsonderzoeken een vrij constant beeld zien: Nederlandse tieners zijn tevreden over hun ouders en het opvoedingsklimaat thuis. De meeste kinderen groeien op in een redelijk harmonieuze omgeving. Maar iedereen kent de uitzonderingen en weet dat zich achter de voordeur

vreselijke dingen kunnen afspeelen. De commissie wil op dit punt vooral de aandacht vestigen op de kindermishandeling, een misstand waar jaarlijks duizenden kinderen het slachtoffer van zijn, van wie er enkele tientallen aan hun verwondingen overlijden. De gevolgen hiervan reiken verder dan de lichamelijke en geestelijke schade die aan het mishandelde kind wordt berokkend. De mishandelde kinderen van nu zijn de volwassenen van later en velen van hen zullen zonder hulp niet in staat zijn zich als ouder te onttrekken aan het voorbeeld dat hun eigen ouders hebben gesteld. Tegen deze achtergrond zijn de huidige maatregelen tegen kindermishandeling niet afdoende. Hoe zinvol het nu gevolgde beleid van opsporen en helpen van slachtoffers ook is, de trans-generationale transmissie van kindermishandeling wordt hierdoor geen halt toegeroepen. De commissie meent dat er actief beleid zal moeten worden ontwikkeld om deze fatale voortzetting van huiselijk geweld tot stilstand te brengen om op die manier het ontstaan van nieuwe slachtoffers te voorkómen. Met de kindermishandeling is slechts één van de vele opvoedingsrisico's genoemd. Er zijn vele andere factoren te noemen – verwaarlozing, jeugdtrauma's, verslaving en psychische stoornissen van ouders – die een negatieve uitwerking kunnen hebben op de ontwikkeling van jeugdigen en hun geestelijke gezondheid op latere leeftijd. Gezien de aard van haar opdracht wil de commissie deze hier nu verder laten rusten en iets langer stil staan bij de tweede determinant van een succesvolle opvoeding: de context waarin deze plaatsvindt. Want opvoeden mag dan in eerste instantie een verantwoordelijkheid van ouders zijn, nergens ter wereld bevinden gezinnen of andere opvoedingseenheden zich in het luchtledige. Altijd en overal hebben gezinnen bij hun opvoedingstaak de steun nodig gehad van hun maatschappelijke omgeving – de familie, de gemeenschap, de buurt, de school. Dit collectieve aspect van het opvoeden komt tot uitdrukking in het gezegde 'It takes a village to raise a child'. Opvoeden is voor een niet onbelangrijk deel een gedeelde, maatschappelijke verantwoordelijkheid, waarbij ook van derden betrokkenheid wordt gevraagd. Samen met de ouders moeten zij de verantwoordelijkheid voor de opvoeding willen dragen. Kinderen en jeugdigen die zich als persoon in de omgeving waarin zij verkeren gewaardeerd en welkom weten, leren zichzelf zien als een actief en betrokken deel van het gezin, de familie, de school, de buurt en uiteindelijk de samenleving. Zij ontwikkelen een besef van 'connectedness', een gevoel van sociale verbondenheid, meestal gebruikt in aanvulling op het begrip 'attachment', de individuele hechting aan de primaire verzorger(s), die evenzeer van belang is voor een evenwichtige geestelijke ontwikkeling. Sociale verbondenheid vormt de intermediair tussen de persoon en zijn maatschappelijke omgeving en komt in de recente internationale onderzoeksliteratuur naar voren als een cruciale sociaal-pedagogische factor die de ontwikkelingskansen, de gezondheid, het gedrag en het welbevinden van opgroeiende jongeren in belangrijke mate blijkt te sturen (De Winter, 2000, 17).

Aan het ideaal van een beschikbare en betrokken omgeving wordt echter lang niet altijd voldaan. In plaats van een hechte 'village' dreigt in de huidige geïndividualiseerde samenleving niet zelden een sociale leegte en een 'cultuur van afzijdigheid' (Van der Lans, 1996). Veel meer dan vroeger groeien kinderen op in een omgeving waarin iedereen geacht wordt voor zichzelf te zorgen, waarin weinigen nog tijd hebben voor elkaar, waarin een besef van collectieve pedagogische verantwoordelijkheid ontbreekt en waarin dus een steeds zwaardere opvoedingsverantwoordelijkheid komt te liggen bij een alsmaar slinkend gezin dat daarvoor onvoldoende is geëquipeerd. Wat in deze omstandigheden van afkalvende collectieve pedagogische verantwoordelijkheid ontstaat, is een *gat in de opvoeding* (De Winter, 2000; zie ook het recente RMO-advies *Aansprekend opvoeden*, 2001). Wanneer deze desintegratie in extremo doorzet, dan kunnen de door William Damon (1995) enigszins gechargeerd beschreven Amerikaanse opvoedingspraktijken ontstaan, waar ouders lange dagen van huis zijn en slechts beperkte tijd en ruimte voor hun kinderen hebben en waar naast de ouders zich enkel nog professionals bekommeren om de opvoeding. Deze geven echter voortdurend tegenstrijdige pedagogische adviezen waardoor de demoralisering alleen maar groter wordt. Ouders weten niet meer welke normen en waarden overgedragen moeten worden en zijn bang om grenzen te stellen aan hun kinderen. Jongeren zijn op zichzelf teruggeworpen en weten niet meer waar ze zich aan moeten houden. De prijs hiervoor wordt betaald in de vorm van sociale ongevoeligheid, gewelddadigheid, depressie en psychosociale problemen. Men hoeft zich niet direct aan een dergelijk doemscenario uit te leveren om toch te constateren dat het gesignaleerde gat in de opvoeding samenhangt met de verdwijning van traditionele verbanden, zoals in Nederland voornamelijk de zuilen. Sinds het wegvallen van de zuilen is het gezin niet langer ingebed in een gelijkgezinde gemeenschap en niet langer geborgen in een levensbeschouwing, die langs diverse kanalen – kerk, kranten, omroepvereniging, sociale omgeving – aan het gezin en aan de kinderen in het gezin werd overgedragen. Deze vorm van samenhang bestaat niet meer en daarmee is de systematische overdracht van waarden minder vanzelfsprekend geworden. Dat is een probleem dat aandacht verdient. Geen gemeenschap en geen maatschappij kan functioneren zonder de cohesie die gevormd wordt door het delen van een waardenpatroon en gedragsregels. In de eerdere, hiërarchische samenleving lagen deze patronen en regels bij voorbaat vast, voor de huidige democratische en geïndividualiseerde samenleving zullen zij opnieuw moeten worden ontwikkeld, zeker gezien het steeds toenemende pluriforme karakter van onze samenleving. Het expliciteren en onderwijzen van de gemeenschappelijkheden die onder de pluriformiteit liggen en van de waarden en normen die de samenleving hoog wenst te houden, acht de commissie van groot belang voor het goed functioneren van onze gemeenschap.

Het opvoeden van nieuwe generaties in deze zin kan nooit een taak van de ouders alleen zijn. Maar het vanzelfsprekende collectieve element in de opvoeding is, als gezegd, aan erosie onderhevig. Meer en meer krijgt opvoeding een netwerkarakter waarbij niet altijd duidelijk is wie er nog een bijdrage levert en wie welke bijdrage op welke plaats levert. Vergelijken met de oude situatie heeft deze ontwikkeling voor- en nadelen. De voordelen gelden met name voor kinderen die worden opgevoed binnen een min of meer harmonieuze omgeving waarbij ouders en andere gezinsleden, gesteund door andere leden van het netwerk, de randvoorwaarden creëren waarbinnen ontplooiing mogelijk is. Individualisering en secularisering hebben, zoveel is duidelijk, vooral deze groepen jeugdigen veel nieuwe keuzevrijheid en autonomie opgeleverd. Maar dat is slechts de helft van het verhaal:

‘op zijn minst moeten we de ambivalenties erkennen waarin jeugdigen als gevolg van deze cultuurveranderingen terechtkomen. Het moderne “steeds maar weer voor alles moeten kiezen” kan ook een psychische last betekenen (...). Angst, onzekerheid en frustraties liggen op de loer. Als iedereen zich voortdurend persoonlijk moet laten gelden, ontstaat als vanzelf een categorie van *ongeldigen* bij wie dat slecht of helemaal niet lukt. Althans: op een positieve, maatschappelijk geaccepteerde manier. Veel van het externaliserende probleemgedrag dat we bij jeugdigen aantreffen kan gelezen worden als een manier om toch aan waardering en respect te komen, van leeftijdgenoten met dezelfde problemen wel te verstaan. Want komt geldigheid niet goedschiks, dan maar kwaadschiks’ (De Winter, 2000, 19).

Het gat in de opvoeding pakt vooral nadelig uit bij zwakke thuismilieus in buurten die weinig homogeniteit vertonen. In de meer extreme gevallen is het opvoedingsnetwerk te los en te fragmentarisch om misstanden binnen het gezin te signaleren, zijn er geen derden die zich verantwoordelijk voelen en ontbreekt het aan zichtbaar gezag in het publieke domein. In dit geval hapert de transmissie van normen en waarden, komt er geen ‘sense of connectedness’ tot ontwikkeling en ontbreekt het gevoel van verbondenheid met de samenleving. In een dergelijk sociaal vacuüm ontwikkelen jongeren geen sociaal engagement, geen inlevingsvermogen en geen bereidheid tot inschikkelijkheid, maar eerder het tegendeel: egocentrisme en een snel gekwetst eergevoel. In combinatie met woede jegens de samenleving waar men vijandig tegenover staat, vormt dat een goede voedingsbodem voor anti-sociaal gedrag en emotionele problemen (De Winter, 2000, 16).

Dit soort problemen is voor een belangrijk deel terecht gekomen bij de GGZ en aanverwante sectoren, zoals jeugdhulpverlening, maatschappelijk werk, en justitie (kinderbescherming, OTS, etc.) Men kan zich afvragen of ze daar thuis horen, maar feit is wel dat het gat in de opvoeding voorzover het gevuld is, voor-

namelijk wordt gevuld met professionele hulpverlening. De toegenomen zorgvraag staat met andere woorden niet los van de geconstateerde afbrokkeling van de sociaal-pedagogische infrastructuur. Wat is hieraan te doen? Op welke manier kunnen opnieuw condities worden geschapen voor de ontwikkeling van sociale verbondenheid van en met de jeugd? Van een aantal mogelijke antwoorden op deze vragen is bij voorbaat al te zeggen dat zij niet toereikend zijn. Zo is een terugkeer naar grootmoeders tijd waarin de leefwereld van jeugdigen, zeker in de retrospectieve beeldvorming daarover, overzichtelijk en hecht was, mogelijk noch wenselijk. De Amerikaanse analyses laten voorts zien dat ook het verder doorschuiven van de opvoeding naar professionele zorg geen wenselijke oplossing is. Althans niet altijd en niet in alle gevallen. Zoals het losser worden van sociale verbanden voor de een beter heeft uitgewerkt dan voor de ander, zo geldt ook voor de hulpverlening dat een toename ervan voor verschillende groepen en in verschillende situaties niet hetzelfde uitpakt. Als standaard reactie op geconstateerde problemen schiet uitbreiding van de professionele hulp duidelijk tekort. En evenmin lijkt het in dit geval adequaat om de gehele verantwoordelijkheid bij de ouders leggen. De verantwoordelijkheid voor de opvoeding drukt in toenemende mate al op hun schouders alleen en het opvullen van een 'sociale leegte' vereist in eerste instantie geen verhoging van de ouderlijke inspanning, maar een verbetering van de sociaal-pedagogische infrastructuur (RMO, 2001). Dat betekent dat de nadruk moet komen te liggen op het creëren van een grotere opvoedingsdichtheid *buiten* het gezin, bijvoorbeeld door het organiseren van meer opvangmogelijkheden in de buurt en op school. Desgevraagd geven jongeren zelf aan dat zij behoefte hebben aan meer mensen die zich op een positieve manier om hen bekommeren. Zij stellen het op prijs gehoord te worden in kwesties die hen aangaan, zoals de inrichting van een veilige, openbare ruimte. Ook de school kan bij de opvulling van 'het gat' een belangrijke rol spelen. Onderzoek laat zien dat leerlingen die zich op school fair behandeld voelen, die het gevoel hebben er als persoon gewaardeerd te worden en die zichzelf zien als een actief betrokken lid van de scholengemeenschap een aanzienlijk kleinere kans op problemen vertonen. Ook in Nederlands onderzoek worden zulke verbanden aangetroffen (De Winter, 2000, 18). Deze bevinding kan worden opgevat als een argument voor kleinere, minder anonieme, scholen. In algemenere termen gaat het erom de sociale context van de opvoeding te veranderen om op die manier de verantwoordelijkheid van de gemeenschap voor de jeugd en de binding van de jeugd aan de gemeenschap te revitaliseren. Daarvoor zal het nodig zijn dat de scheidslijnen tussen verschillende, nu vaak langs elkaar heen werkende groepen professionals, tussen verschillende, nu gescheiden doelgroepen van sociaal beleid (ouderen, kinderen, jongeren), en tussen diverse, nu afzonderlijk van elkaar ontwikkelde functies (sport, opvoeding, zorg) worden overschreden. Door op die manier de omgeving te hergroeperen

kunnen nieuwe coalities ontstaan tussen ouders, ouderen, professionele opvoeders, en kinderen en jeugdigen zelf. Enkele stimulerende voorbeelden op dit vlak zijn te vinden in de vensterscholen en in het initiatief van de Marokkaanse buurtvaders.

5.2 TERRITORIAAL MILIEU

Het tweede aspect van de leefwereld waar de commissie de aandacht op wil vestigen, betreft de territoriale component. Deze is op verschillende manieren relevant voor de GGZ. Op regionaal niveau doen zich ontwikkelingen voor die met name voor de organisatorische en financiële kanten van de zorg van belang zijn (zorgkantoren, zorgverzekeraars, ontwikkelingen van de Riagg's). Gezien de opdracht van de commissie zal hier op deze aspecten niet nader worden ingegaan. Het territoriale niveau dat met betrekking tot de taak van de commissie vooral van betekenis is, is de directe leefomgeving van mensen: de wijk en de buurt. Wij zullen ons tot dit niveau beperken.

Het buurtleven in Nederland is niet meer wat het is geweest. Daarover bestaat weinig onenigheid, wanneer tenminste deze vaststelling in neutrale zin gedaan wordt, zonder de connotatie van teloorgang en verlies die meestal aan de formulering vastzit. Dat er veel veranderd is, is duidelijk. Wijken en buurten zijn de afgelopen decennia in sociaal, religieus en etnisch opzicht aanmerkelijk minder homogeen geworden, mensen zijn steeds mobieler geworden, waardoor de band tussen wijk en bewoners in betekenis is afgenomen, vrouwen hebben in grote getale hun entree op de arbeidsmarkt gemaakt en kinderen verblijven vaker buitenshuis in crèche of naschoolse opvang, waardoor de wijken overdag ontvolken. De omvang en de aard van de sociale contacten in de buurt zijn onder invloed van deze ontwikkelingen veranderd, zo wordt in het algemeen aangenomen.

Daarover zijn zwartgallige verhalen in omloop, waarbij het beeld van de kille en anonieme wijk van vandaag niet minder een cliché is dan dat van het warme en saamhorige buurtleven van vroeger. Inderdaad, de traditionele buurt bestaat niet meer, evenmin als de oude buurtgemeenschap die door gelijke religieuze of politieke gezindte bijeengehouden werd. Deze vorm van binding, met haar beschermende en haar benauwende kanten, is in de afgelopen decennia ten onder gegaan en daarmee zijn ook de sociale netwerken niet langer dezelfde, zo heeft recent onderzoek laten zien:

'De veranderingen in sociale bindingen hadden een bijzonder effect op burenerelaties. Het houden van buurschap was vroeger noodzakelijk, en bestond in belangrijke mate uit de uitwisseling van onderlinge sociale steun. De welvaartsstijging, de ontzuiling, de toeneming van mobiliteit en de uitbreiding van de

verzorgingsstaat brachten hierin verandering. Het houden van buurschap werd in sterkere mate een keuze, en de manier waarop mensen hun burelrelaties vorm gingen geven ging meer diversiteit vertonen.' (Blokland-Potters, 1998, 318).

Zo zijn de bewoners van de wijken aan de stadsranden zich steeds meer gaan terugtrekken in de privé-sfeer van hun eigen woning, is uit onderzoek gebleken (Bureau Reijndorp, 1997). In deze buitenwijken is duidelijk sprake van een vergaande verschraling van het sociale milieu van de wijk. Voor anderen, bewoners van de meer traditionele wijken in steden en dorpen, heeft het woonmilieu waarschijnlijk meer betekenis. Naast de moderne suburbaan zijn er andere categorieën (bijvoorbeeld allochtonen) voor wie de straat en de wijk bepalender zijn voor hun levenswijze. Voor gezinnen met kinderen zijn de contacten met anderen in de directe omgeving ook van groter belang dan voor de moderne single of tweeverdiener. Het beeld is dus complex en gevarieerd, maar het is duidelijk dat de socialiserende functie van de wijk (het woonmilieu) grotendeels verdwenen is. Dat leidt tot de conclusie dat er niet zoveel ruimte meer is voor de dagelijkse onderlinge hulpverlening en evenmin voor het overdragen van sociale normen en gedragswijzen. Daarmee zijn niet alleen buurtrelaties verloren gegaan, maar zijn ook mogelijkheden geschapen voor nieuwe vormen van contact:

'Nu de sociale steun minder van buurtgenoten hoeft te komen en netwerken minder lokaal zijn ingebed, hebben sommigen intieme banden met buurtgenoten kunnen ontwikkelen, die in vroegere tijden minder makkelijk konden worden aangegaan. Men had rekening te houden met het precair evenwicht tussen hulpbetoon en privacy als algemene norm. Hoewel "op jezelf blijven" minstens zo centraal staat in huidige opvattingen over het houden van buurschap, bestaat er intussen ook meer vrijheid om daarvan af te wijken.' (Blokland-Potters, 1998, 318).

Voor velen is deze ontwikkeling winst. Mensen gaan niet langer gebukt onder de spiedende en afkeurende blikken van hun burel en hun buurtgenoten, maar kunnen er in vrijheid toe overgaan al dan niet, veel of weinig met hen om te gaan. Maar de vrijheid en vrijblijvendheid hebben ook een keerzijde, want de nieuwe omgangsvormen in de buurt zijn niet voor iedereen een verruiming. Ze zijn vooral aangenaam voor degenen die voor hun sociale contacten niet afhankelijk zijn van de buurt, die voldoening vinden in hun eigen gezinsverband of die buiten de buurt een sociaal netwerk onderhouden. Wat er dan aan leuke buurtrelaties nog bijkomt, is mooi meegenomen. Het nieuwe buurtregime is veel minder positief voor een andere groep, voor de mensen voor wie een zelfstandig leven een opgave is en die niet goed (meer) in staat zijn voor zichzelf te zorgen.

Het verdwijnen van de vanzelfsprekende uitwisseling van sociale steun heeft hun geen nieuwe vrijheid gebracht, maar eerder nieuwe eenzaamheid. Deze groep is juist gebaat bij het toezicht van anderen. Voor wie er verder geen sociaal leven op na houdt kunnen ongevraagde vormen van contact juist meer dan welkom zijn.

Onderzoek laat dus geenszins een beeld zien van volledige desintegratie, van buurten waar men in volstrekte anonimiteit langs elkaar heen leeft, maar geeft wel aan dat er de wijk niet meer hetzelfde functioneert als vroeger. Het sociaal beleid lijkt daar niet altijd even goed op afgestemd. De wijk- of buurtgerichte aanpak is de laatste jaren op tal van beleidsterreinen populair geworden, in het sociaal beleid en de zorg, bij politie en justitie, bij arbeidsbemiddeling en stedelijke vernieuwing. Bij al te grote verwachtingen zijn inmiddels de nodige kanttekeningen geplaatst. Ook al lijken bepaalde problemen – werkloosheid, armoede, lage opleiding, verloedering – zich in de wijk te concentreren, daarmee is nog niet gezegd dat de wijk ook de aangewezen plaats is om deze problemen te lijf te gaan (Duyvendak en Hortulanus, 1999).

In de GGZ heeft de wijkaanpak vooral opgang gemaakt in het kader van het beleid van extramuralisering en vermaatschappelijking. In navolging van andere zorgsectoren heeft de GGZ sinds het begin van de jaren tachtig het centrum van haar activiteiten uit de bossen en duinen verplaatst naar de stad. Parallel daaraan hebben de grote inrichtingen van vroeger plaats gemaakt voor regionale centra voor geestelijke gezondheidszorg, in combinatie met zelfstandige woonruimten in de wijk. De argumenten hiervoor zijn oorspronkelijk vooral van negatieve aard geweest: het 'opbergen' van patiënten in grote gebouwen ver weg van de samenleving is niet humaan en schadelijk. Langdurig verblijf binnen instituties heeft allerlei ongewenste bijeffecten (met name hospitalisering) en ontnemt de patiënt zijn rol als burger. Daarnaast, wordt regelmatig gesuggereerd dat extramuralisering ook goed is voor de samenleving. Door afwijkend gedrag niet langer te segregeren maar een plaats te geven in het normale leven zou de samenleving worden verrijkt.

Maar vermaatschappelijking betekent niet alleen *buiten* de oude instelling, het betekent ook, en zelfs vooral, *in* de maatschappij (Debat vermaatschappelijking, 2000, 26). Dat geldt om te beginnen voor de zorg zelf. Een geslaagde vermaatschappelijking vereist dat er nauwere samenwerking tot stand komt tussen de GGZ en andere sectoren en voorzieningen, zoals het welzijnswerk en de thuiszorg, uitkeringsinstanties en woningverhuurders, werkgevers en arbeidsbemiddeling, maatschappelijk werk en GGD's. Daar komt bij dat patiënten zelf meer invloed moeten krijgen op het hulpaanbod, dat zij meer te zeggen krijgen over hun behandeling en dat hun afhankelijkheid van de GGZ vermindert doordat zij met hun hulpvraag vaker aankloppen bij algemene voorzieningen. In de tweede plaats is het beleid gericht op de vermaatschappelijking van de patiënt.

Een geslaagde vermaatschappelijking vereist dat patiënten deel gaan uitmaken van de 'normale' samenleving. Dat kan niet zonder anderen. Hulpverlening vanuit de GGZ blijft vaak onmisbaar, terwijl het daarnaast de bedoeling is dat er sociale steun wordt gemobiliseerd door vrienden en familie, door buurt- en verenigingsleven. Een patiënt die op een geslaagde manier is 'vermaatschappelijkt' participeert in het maatschappelijk leven en neemt een zelfstandige, geaccepteerde en volwaardige plaats in de maatschappij.

Het beleid van vermaatschappelijking zoals dat vanaf het midden van de jaren tachtig vorm heeft gekregen, heeft een instroom van problematische bewoners op gang gebracht in wijken die er in velerlei opzicht niet al te florissant bij staan. De GGZ-cliëntèle heeft over het algemeen zeer weinig te besteden. Patiënten en ex-patiënten komen dan ook terecht in wijken met goedkope huurwoningen waar een hecht buurtleven veelal ver te zoeken is en waar de bewoners kampen met een veelheid van problemen. Juist aan hen wordt nu begrip en inzet gevraagd voor hun 'nieuwe burens'. Op deze situatie is vanuit de GGZ te weinig geanticipeerd. Zeker in het begin werd het beleid van vermaatschappelijking veel meer gemotiveerd vanuit de ideologie van deinstitutionalisering en extramuralisering, dat wil zeggen vanuit de wens om oude psychiatrische instituties te ontmantelen en de GGZ te vernieuwen, dan vanuit een uitgewerkt idee over de omgeving waarin de (ex-)patiënten terecht zouden komen en zich staande zouden moeten zien te houden. Vermaatschappelijking, zo is keer op keer gesteld, moet leiden tot integratie van de psychiatrische patiënt in de buurt, maar hoe deze integratie precies vorm moet krijgen, is zelden of nooit geëxpliciteerd: is het eenrichtingsverkeer waarin de patiënt zich aanpast aan de buurt of is er sprake van tweerichtingsverkeer? Wat wordt er van de buurtbewoners verwacht? Ook de vraag hoe nu precies de nieuwe omgeving eruit ziet waarin de (ex-)patiënt zou moeten integreren is zelden gesteld, laat staan beantwoord. Het is opvallend dat het beleid tot vermaatschappelijking van de GGZ weinig notitie lijkt te hebben genomen van de veranderingen die de buurt in de afgelopen decennia heeft ondergaan. Als er binnen de GGZ al een beeld bestaat van de buurt dan lijkt die soms nog op een romantische en geïdealiseerde constructie van de buurt van vroeger met de kerk in het midden, daarnaast een café, de kruidenier om de hoek, en vooral een hechte gemeenschap waar iedereen voor iedereen zorg draagt. De feitelijke buurt, vooral die waar vermaatschappelijking daadwerkelijk plaatsvindt, is nogal eens het tegendeel van een warm nest waarin de ex-psychiatrische patiënt met open armen wordt ontvangen. Opvallend is voorts de grote hoeveelheid literatuur over de gevolgen van de vermaatschappelijking voor de GGZ en het gebrek eraan over de gevolgen voor de buurt. De kwaliteit van wijken, de betekenis en functies van sociale netwerken zijn pas recent een onderwerp van onderzoek en discussie geworden (Duyvendak, 2001).

Men kan zich afvragen waarom er bij de vermaatschappelijking gekozen is voor

integratie in de buurt of de wijk. Misschien speelt hier een pragmatisch argument een rol: de buurt is vooral een handige schaal voor professionals. Maar de vraag of de buurt ook een goede schaal is voor de patiënt blijft intussen onbeantwoord. Vanuit diverse hoeken wordt daar in toenemende mate kritisch naar gekeken. Enkele evaluatiestudies leveren een gemengd beeld op. Voorop staat dat de meerderheid van de patiënten relatief tevreden is. Al is men door de extramuralisering niet 'beter' of gelukkiger geworden, men is over het geheel genomen wel iets zelfredzamer geworden. Daar staat tegenover dat de gewenste vermaatschappelijking van (ex-)patiënten niet echt geslaagd genoemd kan worden. Uit onderzoek bleek dat kleinschalige voorzieningen in de woonomgeving geen directe positieve invloed hebben op de integratie van de patiënt in de samenleving. 'Of een redelijke integratie van de patiënt als mens, bewoner en burger in zijn omgeving wel haalbaar is, moet nog blijken', zo luidde de wat omineuze slotsom van dit onderzoek (Duurkoop, 1995, 272). Nu, zes jaar later, is dat nog altijd niet overtuigend gebleken. Recent onderzoek uitgevoerd door het SCP heeft geleid tot de conclusie dat het maatschappelijk draagvlak voor het beleid van extramuralisering en vermaatschappelijking gering is. De meeste mensen zeggen dit beleid weliswaar te onderschrijven en vinden eventueel een psychiatrische patiënt als buurman ook nog wel te accepteren, maar daarmee houdt de bereidheid op. Hinder van zo'n buurman wil men niet ondervinden. Met andere woorden: naarmate de vermaatschappelijking dichterbij komt, deinst de omgeving terug. Van echte sociale integratie is dan ook geen sprake en van arbeidsrehabilitatie evenmin (Kwekkeboom, 1999).

Mede als gevolg van deze maatschappelijke aarzeling is het draagvlak voor vermaatschappelijking ook bij patiëntenbeweging op z'n best gematigd. Extramuralisering roept in deze kring gemengde gevoelens op. Veel cliënt-vertegenwoordigers zouden op z'n minst graag zien dat er aanvullende maatregelen werden genomen om het risico van sociaal isolement voor de (ex-)psychiatrische patiënt te verminderen (Kwekkeboom, 1999, 160). Zonder echte maatschappelijke acceptatie kan het beleid nooit slagen, vinden zij. De vermaatschappelijking van (ex-)psychiatrische patiënten blijkt dus erg hoog gegrepen. Tegelijkertijd is de vermaatschappelijking van de zorg al evenmin probleemloos verlopen. Uit het genoemde SCP-onderzoek kwam naar voren dat de gewenste samenhang en samenwerking tussen GGZ en andere maatschappelijke organisaties eigenlijk nog altijd ontbreken. De GGZ blijft op een eiland. Ondanks omvangrijke discussies over de gewenste samenwerking, nieuwe bestuurlijke maatregelen en uitbreidingen van het management zijn de coördinatie- en afstemmingsproblemen tussen diverse soorten van professionals nog lang niet van de baan. Ook de nagestreefde vergroting van de invloed van patiënten op het hulpaanbod en de behandeling is achtergebleven. Hoewel er wel enige vooruitgang is geboekt, komt de cliëntenparticipatie nog maar traag

van de grond. (Debat vermaatschappelijking, 2000, 28). Ten slotte laat ook de samenwerking tussen de GGZ en 'derden' nog te wensen over, zo bleek onder andere uit een enquête onder familieleden van (ex-)psychiatrische patiënten. Gezien de beperkte steun die de woonomgeving bereid is te geven, komt de opvang van (ex-)psychiatrische patiënten voor een belangrijk deel neer op hun schouders. Familieleden besteden in het algemeen veel aandacht en geld aan hun verwanten met psychiatrische stoornissen. Uit de enquête bleek dat zij bij de vermaatschappelijking niet staan te juichen, maar dat zij het beleid zeker niet afwijzen. Men vond echter ook dat de geestelijke gezondheidszorg weinig oog heeft voor hun lasten en hun noden. Al te vaak ziet de GGZ de familie als een lastige partij die haar voor de voeten loopt (Debat vermaatschappelijking, 2000, 26).

Resumerend kan men zich enerzijds afvragen of de wijk zoals die vandaag de dag functioneert wel het juiste schaalniveau vormt voor de integratie van (ex-)psychiatrische patiënten. Bieden de probleebuurt waar zij terecht komen voldoende steun en veiligheid? Anderzijds moet men ook het belang van de wijk niet uit het oog verliezen. Zoals gezegd is er tot op heden relatief weinig onderzoek gedaan naar de veranderingen in de wijken waar de instroom van psychiatrische patiënten vooral heeft plaatsgevonden. Het weinige dat we weten wijst erop dat de belasting van toch al zwakke wijken met (ex-)psychiatrische patiënten kan leiden tot een toenemend gevoel van onveiligheid onder de bewoners. Zo kan de oorspronkelijke bedoeling omslaan in haar tegendeel: waar men ervan uitging dat de wijk zou kunnen bijdragen aan de genezing van psychiatrische patiënten, in elk geval de beste omgeving vormde voor hun maatschappelijke integratie, kan men ongewild met de realiteit worden geconfronteerd dat de overbelaste wijk zelf (mede) oorzaak wordt van psychisch onbehagen van de bewoners.

De gerezen problemen rond het vraagstuk van de vermaatschappelijking kunnen en mogen niet volledig op het conto worden geschreven van het kwijnende buurtleven, van afzijdige buurtbewoners, of van falende hulpverlening. Want zelfs als er een stevig maatschappelijk steunsysteem zou bestaan, dan nog is het succes van vermaatschappelijking in belangrijke mate afhankelijk van de bereidheid tot medewerking van de (ex-)psychiatrische patiënt. Wil deze niet meewerken of heeft hij geen behoefte aan ondersteuning, dan kan bijna niemand iets doen. In het verlengde van de ideologie van zelfontplooiing en persoonlijke autonomie die in de jaren zeventig sterk opkwam, won de gedachte terrein dat ook de psychiatrische patiënt vrij dient te zijn om zijn eigen lot te bepalen. Deze gedachte is inmiddels wettelijk verankerd. Volgens de wet BOPZ kan gedwongen ingrijpen in het persoonlijk leven van de patiënt niet meer plaatsvinden voor het bestwil van de patiënten, maar pas als er gevaar dreigt voor de patiënt of diens omgeving. Zelfverwaarlozing of gebrek aan bereidheid tot medewerking voldoet zelden aan die criteria.

De commissie gaat er van uit dat deze wetswijziging aan veel psychiatrisch paternalisme een einde heeft gemaakt en voor velen een regelrechte zegen is geweest. De gevolgen van de wet BOPZ zijn echter volgens de commissie voor een aantal patiënten nadelig, en in het verlengde daarvan ook voor de maatschappij. De commissie doelt op de geestelijk gestoorde dak- en thuislozen, die baat zouden hebben bij een goede behandeling, maar die zich daar op grond van hun psychotische inzichten aan onttrekken. Vooral in de grote steden zijn de gevolgen hiervan zichtbaar. In de stadscentra concentreert zich de groep die in het jargon wordt aangeduid als 'zorgwekkende zorgmijders', mensen bij wie ernstige psychopathologie vaak samengaat met langdurige verslavingsproblematiek. Het gaat om een relatief kleine groep die relatief grote overlast veroorzaakt. Men moet ervoor waken dat de extreme problematiek van deze minderheid het totale beeld van de vermaatschappelijking te zeer gaat overheersen, maar niettemin wil de commissie hierop de aandacht vestigen. Deze patiënten zijn niet in staat de voordelen van een behandeling te begrijpen, en wijzen die af op ontoereikende gronden. Daardoor veroordelen zij zichzelf (en hun dierbaren) tot langdurig en onnodig lijden, en vormen zij een bedreiging van de openbare orde. De commissie geeft daarom in overweging om gedwongen opname en behandeling in het belang van de oordeelsgestoorde patiënt weer mogelijk te maken, natuurlijk onder voorwaarden die de rechten van de betrokkenen zorgvuldig waarborgen. Ook pleit de commissie ervoor de verdeling van verantwoordelijkheden rondom de BOPZ opnieuw te bezien. In hoofdstuk 6 komen we hierop terug en zullen we in deze richting een suggestie doen. Voor zover de dakloosheid ontstaat doordat onvoldoende maatschappelijke opvang aanwezig is, acht de commissie het medisch en moreel noodzakelijk dat deze achterstand in de bejegening van de zwaksten onder ons met voorrang wordt opgeheven.

Het vraagstuk van de toegenomen hulpvraag in de GGZ hangt nauw samen met het beleid van vermaatschappelijking. Het aantal langdurige verblijven in psychiatrische inrichtingen is afgenomen, maar met de herwonnen zelfstandigheid is het aantal kortdurende interventies, vaak verricht door diverse instellingen, gestegen. Bijgevolg kan verondersteld worden dat er binnen de GGZ de afgelopen jaren een forse verschuiving heeft plaats gevonden in de richting van de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten. Het 'tekort' aan zorg in de samenleving is deels gecompenseerd door een forse investering aan GGZ-professionals in instellingen. De recente discussie over de vermaatschappelijking maakt echter duidelijk dat daarmee de problemen niet worden opgelost. De conclusie lijkt voorlopig dat vermaatschappelijking maar ten dele gebaat is bij een verdere uitbreiding van de GGZ. Minstens zo belangrijk is dat er gekozen wordt voor een andere aanpak, een aanpak die primair is gericht op het

veranderen van de context waarin de hulpverlening plaatsvindt. Dat betekent dat de prioriteit komt te liggen bij de verbetering en uitbouw van de samenwerkingsrelaties, tussen de GGZ en algemene voorzieningen, tussen de GGZ en 'leken', tussen professionals en mantelzorgers. De consequentie daarvan is dat de GGZ veel meer 'de samenleving in' zal moeten, bijvoorbeeld door meer voorlichting te geven over psychiatrische ziekten aan buurtbewoners die ongevraagd in hun portiek of op hun galerij met de gevolgen van de vermaatschappelijking worden geconfronteerd, en door ook op andere manieren meer actief contacten te onderhouden met buurten (Debat vermaatschappelijking, 2000, 26). Volgt men deze gedachte, dan zal dat niet leiden tot maatregelen die zijn gericht op het vergroten van het eiland waar de GGZ zich op bevindt, maar zullen juist pogingen van de grond moeten komen om met behulp van nieuwe verbanden en nieuwe vormen van samenwerking de bestaande grenzen tussen het eiland en zijn omringende milieu te beslechten.

5.3 ARBEID

Het belang van arbeid in relatie tot de geestelijke volksgezondheid kan in dit tijdsgewricht nauwelijks worden overschat. Arbeid is altijd al een cruciale factor geweest in het zelfbeeld van mensen, en is daarbij in toenemende mate ook een voorwaarde geworden voor zelfverwezenlijking en psychisch welbevinden. Mensen zijn steeds meer in hun werk gaan zoeken en in dezelfde beweging zijn de eisen die aan de moderne arbeid worden gesteld opgeschroefd. Naar de hedendaagse idealen moet werk voldoening schenken, perspectieven bieden, afwisselend en spannend zijn. Omgekeerd zijn ook de kwaliteiten die van werkenden worden verwacht en in hen worden beloond niet meer dezelfde als voorheen. De werknemer in een onderneming wordt gezien als iemand die de opdracht heeft om zichzelf voortdurend te ontwikkelen, om inzetbaar en flexibel te zijn, om zijn werk op te vatten als een permanente 'uitdaging'. De ontwikkeling van de moderne arbeidssituatie heeft de kwaliteit van de arbeid in veel opzichten geweldig verhoogd en heeft voor velen nieuwe vrijheid en ontplooiingskansen gecreëerd, laat daarover geen misverstand bestaan. Maar zoals voor alle maatschappelijke ontwikkelingen die de commissie in dit rapport in kaart probeert te brengen, geldt ook voor de veranderingen in het arbeidsbestel dat niet iedereen in gelijke mate deelt in de zegeningen ervan. Elk systeem creëert zijn eigen uitvallers en bijna nergens is dat duidelijker zichtbaar dan in relatie tot arbeid, met zijn welomlijnde categorie van buitenstaanders: de 'arbeidsongeschikten'. Wie een schets van de huidige groep van arbeidsongeschikten legt naast die van twintig jaar geleden, hoeft naar de verschillen niet lang te zoeken. Het beeld van de jaren tachtig 'wordt overheerst door wat oudere mannen, kostwinners, die hun brood verdienden in industriële bedrijfs-

takken. Hun kwalen – fysieke slijtageverschijnselen – houden daarmee verband’, schrijven Kuijpers en Leenders in een recente publicatie over de WAO. Ook op een andere manier was de rol van deze groep werknemers uitgespeeld. De bedrijfstakken waar deze mannen werkzaam waren verdwenen of veranderden zodanig dat ze met minder arbeidskrachten toekonden of aan anders geschoolde mensen behoefte kregen. De massale afvloeiing van overtollige of overbodige arbeid vond plaats via de WAO, zo is inmiddels genoegzaam bekend. Het beeld van de huidige generatie WAO’ers ziet er heel anders uit: ‘de wat oudere mannen zijn er nog, maar ze vormen een minderheid. De groep oogt een stuk jonger en vooral het grote aantal vrouwen valt op. Zij zijn ook niet langer afkomstig uit de industrie, maar uit sectoren als zorg en onderwijs.’ (Kuijpers en Leenders, 2001, 13-14). Ook de klachten zijn veranderd. Stoflongen en versleten gewrichten hebben plaats gemaakt voor nieuwe klachten, zoals burn out, RSI, CVS, stress en psychische problemen.

Psychische ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vanwege psychische aandoeningen staan inmiddels hoog op de maatschappelijke en politieke agenda. Daarvan getuigt onder andere de instelling van een aparte commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (commissie-Donner), naast de commissie Herziening van de WAO, eveneens onder voorzitterschap van Donner. Achtergrond hiervan vormt het gegeven dat sinds 1992 het aantal mensen met de diagnose ‘psychische klachten’ vrijwel constant rond de 30-33 procent ligt. Vanwege de overlap met andere categorieën WAO’ers concludeert de commissie-Donner dat het ‘aandeel psychisch in de WAO zelf groter is dan de ruim 30 procent in de registratiegegevens’ en dat vermoedelijk ongeveer de helft van de WAO’ers met psychische problemen kampt. De omvang van het probleem is zorgwekkend, niet alleen en zelfs niet primair vanwege de financiële consequenties voor de overheid en het bedrijfsleven, maar vooral omdat het de indicatie is van een groot maatschappelijk probleem.

Het hoge psychisch ziekteverzuim en de WAO-uitstroom vanwege psychische aandoeningen moeten volgens velen worden gezien als het gevolg van het oneigenlijk gebruik van de categorie ‘psychisch’ als een instrument voor arbeidsmarktregulering. Door kenners van de WAO wordt de categorie psychische stoornissen omschreven als ‘de vuilnisbak van de sociale zekerheid’. De kwalificatie ‘psychisch’ geldt als een passe-partout voor een verzameling probleemgevallen met uiteenlopende oorzaken en achtergronden, een ontsnapingsmogelijkheid voor mensen die vastlopen of in conflicten terecht komen. Naar het oordeel van Donner is er binnen de arbeidssituatie zelf steeds minder ruimte om op verhaal te komen. De rationalisering van het arbeidsproces maakt de kansen op herstel binnen de arbeidssituatie steeds kleiner. Werknemers worden gedwongen hun eigen situatie en hun eigen ontwikkeling voortdurend zelf te organiseren. De verhouding tussen inspanning en ontspanning in het werk

is verbroken. Dat maakt het werk zwaarder en voor een aantal mensen zelfs ondraaglijk, waardoor verzuim en, in het verlengde daarvan, arbeidsongeschiktheid nog de enige uitweg is.

Of en in welke mate deze analyse juist is, kan niet worden vastgesteld. Er bestaat namelijk onvoldoende inzicht in het ontstaan en de achtergronden van de psychische arbeidsongeschiktheid. Volgens Donner en de zijnen is er geen sprake van een homogene pathologie, er is geen eenstemmigheid over de diagnose en therapie en er is zelfs verschil van inzicht over de vraag of het hier gaat om een ziekteverschijnsel 'of om een probleem van aanpassing en sociaal (dis)functioneren; een mismatch van persoon en omgeving'. Het gebrek aan inzicht blijkt ook uit het feit, dat het bestaande diagnostisch instrumentarium niet in staat is om het verschijnsel van de psychische arbeidsongeschiktheid op een bevredigende manier te diagnosticeren. Van de totale populatie met een psychische diagnose werd in een onderzoek begin jaren negentig 94 procent ingedeeld in de categorie 'overige psychische stoornissen'. Volgens sommigen is dit een gevolg van de gebrekkigheid van het instrumentarium; volgens anderen is dit instrumentarium (DSM-IV) door zijn psychiatrische herkomst niet afgestemd op het type stoornissen, dat zich in verzuim en arbeidsongeschiktheid manifesteert; en volgens weer anderen gaat het hier eigenlijk niet (of maar voor een zeer beperkt deel) om stoornissen met een psychische achtergrond. De categorie 'psychische arbeidsongeschiktheid' is in deze laatste opvatting een restcategorie; een verzamelbegrip voor alle mogelijke problemen, een 'vuilnisbak', zoals gezegd. De vraag is waarom het onmogelijk is om de psychische stoornissen die tot verzuim en arbeidsongeschiktheid leiden, in specifieke termen te classificeren. Ligt dat aan het gebruik van DSM-IV als meetinstrument, of gaat het hier om een problematiek die zich niet laat vangen in een psychiatrisch repertoire? Psychiatrische deskundigen zijn van mening, dat DSM-IV voldoende ruimte biedt om psychische stoornissen in de arbeidssituatie veel scherper te classificeren dan in de officiële statistieken gebeurt. De grote categorie 'overige psychische stoornissen' schrijven zij toe aan het gebruik van DSM-IV door bedrijfsartsen en keuringsartsen, die niet vertrouwd zijn met dit meetinstrument. Het is echter twijfelachtig of een soepeler en toegespitster gebruik van DSM-IV meer inzicht geeft in de 'ziektebeelden' van de betreffende populatie. Een wat bewustere toepassing van DSM-IV zal de categorie 'overig' waarschijnlijk verkleinen, maar levert niet meer inzicht op in de samenstelling van de categorie 'psychische arbeidsongeschiktheid'. Een dergelijke toepassing kan bovendien leiden tot een medicalisering van tekorten en disfuncties, die niet in een psychiatrisch register passen. We moeten een andere weg inslaan om te zien wat er eigenlijk aan de hand is. Om te beginnen moeten we dan vaststellen, dat de psychische diagnose niet verwijst naar een aantal determineerbare psychische stoornissen. Zij duidt wel op het bestaan van een psychische problematiek, die de uitdrukking vormt

van een complex van spanningen, die samenhangen met de hedendaagse arbeidssituatie.

Wie als buitenstaander kennis neemt van de discussie over psychisch ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vanwege psychische aandoeningen, zal verbaasd zijn door de gretigheid waarmee de verschillende partijen het onderwerp van psychisch ziekteverzuim loskoppelen van de vraag in welke mate arbeid ziekmakend is. Iemand die deze vraag nadrukkelijk wel aan de orde stelt, is de Amerikaanse socioloog Richard Sennett, in zijn boek *The corrosion of character. The personal consequences of work in the new capitalism*. Het boek van Sennett is interessant niet alleen vanwege zijn analyse van de verfijnde psychologische macht van de moderne onderneming, maar ook vanwege het inzicht dat zij geeft in de ontwrichtende werking van de flexibilisering van de arbeid en arbeidsorganisatie op de menselijke persoonlijkheid. Sennett is geen doemdenker; hij ziet de voordelen van een arbeidsorganisatie die breekt met de zwaarte, de sleur en de rigide hiërarchie die het oude werk vaak kenmerkten. In de moderne flexibiliteit ziet ook hij de mogelijkheid voor mensen om vorm te geven aan hun eigen leven, maar tegelijkertijd constateert hij, dat de voortdurende 're-engineering' van de arbeidsorganisatie het lange termijn perspectief van de menselijke ervaring aantast.

Sennett gebruikt geen grote woorden om de tekorten van de maatschappij te beschrijven en hij spreekt ook geen morele oordelen uit, maar hij beschrijft heel nauwkeurig aan de hand van zijn eigen ervaringen en aan die van anderen wat er gebeurt met een samenleving, waarin flexibiliteit als een alles bepalende norm wordt beschouwd. Sterke bindingen en lange associaties verdwijnen. Mensen hebben de neiging om zich nergens mee te vereenzelvigen. De flexibiliteit, die van het individu in de onderneming wordt gevraagd, staat haaks op de kwaliteiten die nodig zijn om kinderen op te voeden en een familieleven te leiden. Mensen lopen het risico de controle over hun eigen bestaan te verliezen door de onzekerheid en fragmentatie en de 'short time frames' waarin hun bestaan zich afspeelt. De ideologie van autonomie, empowerment en employability leidt tot breuken, tegenstrijdigheden en vervreemding.

De diagnose van Sennett mag niet worden beschouwd als een ultiem oordeel over de betekenis van de moderne arbeidssituatie. Wat Sennett vooral wil laten zien is de vervreemding, die de ideologie van de zelfontplooiing in het post-industriële kapitalisme bij mensen teweeg brengt. Met deze observatie keert hij zich tegen het blijde geloof in arbeid als de sociale praktijk bij uitstek, waarin mensen de gelegenheid vinden om hun vrijheid te beleven en hun talenten te ontplooiën. Zijn bevindingen zijn ook niet gelijkelijk van toepassing op alle deelnemers aan het arbeidsproces en zij worden zeker ook niet met dezelfde intensiteit door hen ervaren. Uit de beschouwing van Sennett blijkt ook niet welke groepen het meest kwetsbaar zijn voor het dogma van flexibilisering en

employability. Dit drukt vermoedelijk zwaarder op de hooggeschoolden dan op de laaggeschoolden. Op het eerste gezicht is men verder geneigd om vooral de ouderen als een risicocategorie te beschouwen, maar ook voor jongeren geldt, dat zij zich overvraagd voelen door de eisen van de arbeidsorganisatie, vooral wanneer die eisen moeilijk verenigbaar blijken met de verwachtingen van partners en kinderen. Nederlandse observaties wekken de indruk, dat uitval en arbeidsongeschiktheid vaak het gevolg zijn van de dubbele belasting van het werk en het gezin. Kwetsbaarheid in de arbeidssituatie heeft vermoedelijk niet allen betrekking op de belasting van het werk, maar op een veel bredere belasting, waar de inrichting van het persoonlijk leven, de familiale verhoudingen, de persoonlijke relaties een even grote rol spelen.

Aan de hand van de beschouwingen van Sennett is het mogelijk wat meer zicht te krijgen op het tot nu toe ontoegankelijk gebleken gebied van de psychische verzuimstoornissen. In de nieuwe arbeidsverhoudingen hebben we te maken met een opvoering van de druk op de prestaties van de werknemer en van verdergaande aanspraken op zijn arbeidsvermogen. Die druk heeft niet alleen betrekking op de opvoering van de arbeidsproductiviteit maar op de inzet van de persoon van de werknemer. Werk en leven vloeien in elkaar over. Werknemers worden uitgedaagd om hun 'potentie en ambities' in het werk te realiseren. In het moderne personeelsmanagement adverteert men dat als uitdagend en verleidelijk, maar voor veel werknemers gaat dit permanente appèl op hun competenties hun krachten soms te boven. Het is de vraag of het terecht is in dat geval van 'psychische stoornissen' te spreken. Het ligt misschien eerder voor de hand om van een gezonde of rationele reactie te spreken. De commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid denkt in die richting, wanneer zij verzuim niet ziet als een gevolg van klachten, maar als een manier om met die klachten om te gaan. Zij geeft geen oordeel over deze handelwijze van de 'zieke' werknemer. Zij spreekt zich ook niet uit over de vraag of de klachten terecht of onterecht zijn. Zij beperkt zich tot het zoeken van mogelijkheden om de zuigkracht van de WAO tegen te gaan. Die benadering is begrijpelijk en past ook in de opdracht van de commissie om te zoeken naar mogelijkheden de verbetering van 'het proces van preventie, zorg, begeleiding en reïntegratie bij ziekte of uitval uit arbeid om psychische redenen'. De kans is echter groot, dat die mogelijkheden heel beperkt zullen blijken, wanneer de werkelijke achtergronden van de psychische stoornissen niet in beeld worden gebracht. Het stroomlijnen van het apparaat, zoals de commissie voorstelt, zal het effect van de bemoeienissen met ziekte en uitval misschien vergroten, maar de oorzaken niet wegnemen. De activiteiten van gezondheids- en begeleidingsdiensten zullen het karakter blijven houden van wat tijdens de presentatie van het rapport van de commissie werd aangeduid als 'het oplappen van mensen om ze weer de oorlog in te sturen'. Het is echter de vraag of men met een dergelijk fatalisme genoegen moet nemen. Herstel en

reïntegratie zijn betrekkelijk zinloze operaties als men weet, dat zij onvermijdelijk opnieuw tot uitval en verzuim zullen leiden.

Voor een overheidscommissie is het moeilijk om zich het beëindigen van de oorlog ten doel te stellen; minder metaforisch gezegd om zich te richten op een andere organisatie van het arbeidsproces en een andere visie op arbeid te bepleiten. Het huidige primaat van de economie en de markt biedt daar weinig ruimte voor en verwijst zo'n pleidooi vermoedelijk ook snel naar het rijk van de illusies. Ondanks deze bezwaren kan de commissie Geestelijke Volksgezondheid zich niet onttrekken aan een reflectie over de vraag of er factoren in de arbeids-situatie zijn, die een belemmerende invloed hebben op de geestelijke volksgezondheid. De commissie heeft de handicap, dat zij niet kan beschikken over onderzoek, waarin deze relatie is bestudeerd. Afgaande op de bevindingen van de commissie-Donner is er echter voldoende reden om de vraag te stellen of het moderne arbeidsproces niet een aantal ziektebeelden, of wat globaler geformuleerd: vormen van geestelijke ongezondheid produceert, die rechtstreeks voortvloeien uit de huidige opvattingen over arbeid en de specifieke organisatie van arbeid. Men zou die ziekten niet langer als psychische stoornissen maar als systeemziekten moeten aanduiden en dan niet in de zin als negatieve of ongewenste effecten van het systeem, maar als deel uitmakend van en misschien zelfs wel als endogeen aan dat systeem. Uitval en uitsluiting zijn binnen de arbeidsorganisatie onvermijdelijk. In het Angelsaksische model (waar Sennett aan refereert) gaat dat harder en onverbiddelijker dan in het in West Europa vigerende Rijnlandse model. Psychologisering van overbodigheid en gebrek aan competentie past beter in dat laatste model dan rechtstreekse uitstoting. Maar het psychologiseren van verzuim en arbeidsongeschiktheid en het daarmee gepaarde toewijzen van de schuld daarvoor aan de individuele werknemer maakt het uitstotingsproces onzichtbaar en onttrekt de mechanismen, die dat proces teweeg brengen aan het oog. Het leidt bovendien tot het individualiseren van het optreden van de begeleidings- en reïntegratieapparaten en maakt hen blind voor de structurele mechanismen, die verzuim en arbeidsongeschiktheid veroorzaken. Psychische stoornissen duiden immers altijd op individuele tekorten en zij verwijzen ook naar een individuele benadering.

Het zal uit het voorgaande duidelijk geworden zijn, dat een uitbreiding van het werkterrein van de GGZ en een versterking van de zorg voor individuele gevallen in de ogen van de commissie geestelijke Volksgezondheid juist niet de aangewezen weg is om het probleem van de psychische stoornissen in de arbeidsorganisatie tot een oplossing te brengen. Een deel van die stoornissen (we weten alleen niet hoe groot dat deel is) vraagt zeker om een gespecialiseerde behandeling. Het merendeel moet echter in andere termen worden benaderd. Kuijpers en Leenders wijzen er op dat het grootste knelpunt bij de reïntegratie van verzuimers en arbeidsongeschikten het volledig ontbreken van de cliënt (de

burger) is. In het huidige beleid geldt maar één parool, het bedenken en ontwikkelen van maatregelen en prikkels, die werkgevers en werknemers ertoe kunnen brengen om de uitstoot uit het arbeidsproces en opname in de WAO te voorkomen of te reduceren. Het repareren van de uitvoeringsketen zoals de commissie-Donner bepleit is op zichzelf een nuttige maatregel, maar hij reikt niet verder dan de aanbodzijde van het reïntegratieproces en laat de vraagzijde geheel buiten beschouwing. Cliënten zijn in die benadering object van zorg. De commissie stelt zich op het standpunt dat reïntegratie alleen kans van slagen heeft als de potenties en het arbeidsperspectief van de individuele cliënt centraal komen te staan. Dat is nu niet het geval. Het kader waarbinnen de reïntegratie zich afspeelt wordt niet bepaald door de verscheidenheid van de individuele trajecten, maar door institutionele belangen, bureaucratistische scores en declarabele producten. De keuze voor 'het verhaal van de individuele cliënt', zoals Kuijpers en Leenders het noemen, is alleen mogelijk als dat verhaal in zijn context wordt geplaatst. Donner noemt dat het terugplaatsen van de psychische problemen van de cliënt in de omgeving waarin zij ontstaan, een 'aanpak bij de bron'. De instellingen in de keten hebben weinig ervaring met een dergelijke aanpak, zij hebben geen toegang tot die bron en zijn daardoor ook niet in staat om de mechanismen en de verhoudingen waarin verzuim en uitval ontstaan, daadwerkelijk te beïnvloeden. De nadruk die in de bedrijven op productiviteit, output en employability wordt gelegd, is eveneens een belemmering voor een aanpak bij de bron. De eisen die de arbeidssituatie stelt, zijn vaak niet of moeilijk in overeenstemming te brengen met het arbeidsvermogen en de persoonlijke levensomstandigheden van werknemers. Vaak gaat het hier om tijdelijke situaties, om samenlopen van omstandigheden, waarin een time-out redding kan brengen. Ziekmelding en verzuimprocedures zijn remmende factoren bij de keuze voor een dergelijke oplossing. De commissie is daarom van mening dat verdere medicalisering ook van psychische oorzaken van verzuim en uitval moet worden tegengegaan. Zij geeft de voorkeur aan een benadering waarin de verwevenheid van de drie aspecten die bepalend zijn voor verzuim en arbeidsongeschiktheid om psychische redenen, centraal staan. Die aspecten zijn het arbeidsleven van de cliënt, zijn persoonlijke levenswijze en zijn arbeidsomstandigheden. Kuijpers en Leenders wijzen ook op de samengesteldheid van de psychische arbeidsproblematiek. Zij spreken van 'een mengeling van fysieke en psychische elementen en van werkgerelateerde en aan levensstijl gerelateerde oorzaken'. De hulpverlening van de GGZ is niet de meest gereede om zich met deze samenhang bezig te houden. Een aanpak bij de bron verwijst eerder naar het personeelsmanagement in organisaties en bedrijven. Het 'bewerken' van psychische arbeidsproblemen zou eigenlijk een substantieel deel moeten zijn van wat in bedrijfskringen human resource management wordt genoemd. Dat is op dit moment niet of maar in beperkte mate het geval. In het sociale onder-

nemingsbeleid staat de participerende, zich zelf ontwikkelende werknemer centraal. Men zou dit beleid als productivistisch kunnen karakteriseren, aangezien het primair gericht is op de productiviteit van de arbeidsprestatie. Falen, zwakte en non-participatie worden gezien als afwijkingen van het geldende arbeidspatroon, niet als signalen van een tekort, van overbelasting of een gebrek aan ontspanning, en nog minder als uitingen van een arbeidsethos of van arbeidsomstandigheden die een te zware wissel op de persoon of de inzet van de werknemer trekken.

Een human resource management dat werk wil maken van uitval en verzuim zou het dogma van de integratie moeten relativiseren door desintegratie als een normaal verschijnsel in de arbeidsorganisatie te beschouwen en het ook als een objectief in zijn beleid te betrekken. Dit betekent niet een verzwakking, maar eerder een versterking van de integratiemogelijkheden. En tegelijkertijd ook een vergroting van de ruimte voor reïntegratie. Zoals gezegd, zal in het proces van reïntegratie de persoon van de werknemer veel centraler moeten komen te staan. In de uitvoeringsketen heeft hij geen positie. Hij is voornamelijk het object van de interventies van de organisaties die deel uitmaken van de keten.

In de uitvoeringspraktijk zijn hier en daar aanzetten om de rol van de cliënt te versterken. Kuijpers en Leenders wijzen op het experiment met het persoonsgebonden budget, dat net als andere experimenten nog geen spectaculaire vorm heeft aangenomen. In een uitvoeringscultuur waarin grote getallen en aanbodscurven de toon zetten, is er weinig ruimte voor een persoonsgerichte werkwijze. Meer nog dan voor andere uitvallers is een dergelijke werkwijze de meest doeltreffende aanpak voor uitvallers met psychische problemen. Werkelijk succes heeft zij echter alleen als zij in samenhang met het hier geschetste sociaal bedrijfsmanagement wordt uitgevoerd. Dat is een dubbele opdracht, die moeilijk uit te voeren is omdat hij op gespannen voet staat met de geldende reïntegratiepraktijk. Die praktijk wordt aan de ene kant gedomineerd door het universalisme van de collectieve arrangementen en aan de andere kant door het regime van een in gewicht toenemende commercialisering. De recente aanbesteding van reïntegratiekavels is een opmerkelijk voorbeeld van de vermarkting van het reïntegratieproces.

In het schema van vraag en aanbod wordt afstand genomen van het collectief-bureaucratische model en ruimte gemaakt voor het belang van de individuele cliënt. Het is echter de vraag of de cliënt 'in de markt' voldoende tot zijn recht komt, of hij meer is dan een dossier, dat de aannemers in staat stelt productie te maken en rendement te boeken. Voor de relatief 'simpele' gevallen biedt de markt misschien een oplossing – over de resultaten van de reïntegratiemarkt is overigens nog weinig bekend – maar waar de diagnose wijst op vastgelopen situaties, overbelasting en verstoorde verhoudingen bestaat er behoefte aan een model dat verder reikt dan het productivisme van de markt.

Een op de maat van het individu gesneden aanpak is gebaseerd op een wisselwerking tussen verschillende factoren en biedt alleen uitzicht op duurzaam herstel wanneer die factoren in hun onderlinge samenhang als de coördinaten van het reïntegratieproces worden beschouwd. Hoewel het officiële regime geen ruimte laat voor een dergelijke vorm van reïntegratie zijn er in de praktijk zeker sporen van te vinden. Het is van belang om die sporen in kaart te brengen en te onderzoeken of zij tot een alternatief programma kunnen worden uitgebouwd. De therapeutische ervaring van de GGZ (de individuele behandeling van cliënten in een systemische context) biedt hier wellicht interessante aanknopingspunten.

6 De zorg

De institutionele gezondheidszorg is de afgelopen decennia fors in omvang gestegen. Zo is tussen 1987 en 1996 het totaal aantal formatieplaatsen binnen de totale gezondheidszorg gestegen van 367.000 naar 484.000. Daarna heeft de groei zich in sneltreinvaart voortgezet tot 661.000 formatieplaatsen in 1999. Als gevolg van meer deeltijdsaanstellingen is de toename van het aantal personen nog groter. Op dit moment werken er ruim 950.000 mensen in de gezondheidszorg (Hutschemaekers, 2001). De geestelijke gezondheidszorg vormt daar geen uitzondering op. Ook hier zijn de veranderingen de afgelopen decennia bijzonder groot geweest; van een kleine sector gecentreerd rond de psychiatrische ziekenhuizen is zij met bijna 100.000 professionals één van de grotere en meest in het oog springende terreinen van de gezondheidszorg geworden. Hoewel exacte cijfers ontbreken mag vermoed worden dat ook binnen de GGZ de formatie in twintig jaar tijd is verdubbeld.

Naast toename van het aantal professionals is er sprake van uitbreiding van het aantal beroepen. Mede door toedoen van de wet BIG (beroepen individuele gezondheidszorg) is het aantal 'erkende' en formeel geregelde beroepen gestegen. Die uitbreiding verwijst naar het investeren in kennis en deskundigheid van deze professionals. De afgelopen jaren zijn er duidelijkere kwaliteitseisen gekomen, zijn de opleidingen verbeterd, etc. Kwaliteitsverbetering is ook opgetreden binnen de GGZ-instellingen: er is fors geïnvesteerd in een betere organisatie van de zorg, in de procesvoering, de kwaliteitssystemen, het management etc. Deze ontwikkeling van meer professionals, betere professionals en betere instituties kan worden aangeduid met de term professionalisering. Professionalisering kan gezien worden als een antwoord van de sector op de sterk stijgende hulpvraag. Tegelijkertijd geldt het omgekeerde: de professionalisering van zorg leidt ertoe dat meer mensen gebruik kunnen maken van zorg. Betere kwaliteit, lagere drempels, efficiëntere procedures maken dat meer mensen geholpen kunnen worden. Dat geldt ook voor de GGZ. Jarenlang is er door velen op gewezen dat de GGZ zich in een achterstandspositie bevond; in verhouding tot de andere sectoren van de gezondheidszorg maakten er slechts weinig cliënten gebruik van, en de kwaliteit van de zorg kon best een impuls krijgen. Dat standpunt werd door sector en overheid ingenomen, getuige de beleidsnota van staatssecretaris Simons *Onder Anderen* uit 1993. Professionalisering als inhaalslag, voor zowel de sector, de cliëntèle als de samenleving: betere zorg, emancipatie van het psychisch leed en grotere maatschappelijke erkenning voor problemen rond geestelijke gezondheid.

In de tweede helft van de jaren negentig is geleidelijk een kentering in het oordeel over de GGZ ontstaan. Niet langer wordt gesproken over een inhaaleffect

en steeds minder wordt de loftrumpet gestoken over de professionalisering van de sector. Dat blijkt uit de groeiende kritische reflectie op doel en functie van de GGZ. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft daarin een belangrijke rol gespeeld met twee adviezen: *thuis in de GGZ* en *GGZ in de XXIe eeuw*. De positie en werkwijze van de GGZ moet heroverwogen worden, zowel ten aanzien van de zorg voor langdurig zorgafhankelijke cliënten als ten aanzien van de kortdurende curatieve zorg. Tegelijkertijd is ook de kritiek binnen de sector sterk toegenomen. Dat geldt voor zowel de hulpverleners als de (potentiële) cliëntèle. De GGZ spant met een ziekteverzuimpercentage van 10 procent binnen de gezondheidszorg de kroon.

Misschien moet de vraag van de minister van Volksgezondheid aan deze commissie gezien worden als teken van groeiende ongerustheid over deze ontwikkelingen binnen de GGZ zelf. Vervolgens blijkt uit onderzoek van de Consumentenbond en het Nivel dat ook het oordeel van de (potentiële) klanten van de zorg allesbehalve mild is. (Friele, Verhaak & Andela, 2000). Dat hierbij geen sprake is van toeval blijkt uit het recente onderzoek van Nabit, Vis en Van den Brink (2001). Deze cijfers worden nog pregnanter als men ze vergelijkt met cijfers van begin jaren negentig (Kooij en Donker, 1992). Toen kreeg de ambulante GGZ een 7, nu krijgt de sector een 5,8.

In dit hoofdstuk stellen we de vraag naar het waarom van deze omslag in denken. Daarbij gaat het vooral om de vraag in hoeverre de ontwikkelingen binnen de GGZ mede debet aan deze kentering zijn. Ter beantwoording van deze vragen analyseren we de ontwikkelingen binnen de sector in de afgelopen decennia. Daarbij focussen we eerst, in navolging van de adviezen van de RVZ, op de twee centrale doelgroepen van de GGZ: de langdurig zorgafhankelijke cliënt (LZA), en de cliënt die aanklopt bij de GGZ voor kortdurende zorg, de tijdelijk zorggebruiker (TZG).

6.1 GROEIENDE ZORGEN VOOR LANGDURIG ZORGAFHANKELIJKE CLIËNTEN

Binnen en buiten de GGZ wordt transmurale zorg algemeen beschouwd als de beste zorg die aan cliënten met langdurige ernstig psychiatrische problematiek kan worden geboden. Transmuraal betekent hier dat de zorg afhankelijk is van de vraag van de cliënt; zij wordt ambulante buiten de muren van de kliniek (extramuraal), dan wel in deeltijd in beschermende woonvormen (semi-muraal), dan wel binnen de muren van de kliniek (intramuraal) aangeboden. Uitgangspunt daarbij is dat de zorg een integraal karakter heeft en dat de cliënt in de mate van het mogelijke deel blijft uitmaken van de samenleving. Bij gelijk effect genieten de minder invasieve behandelingen de voorkeur boven de meer invasieve behandelingen. Extramuraal als het kan, intramuraal als het moet.

De introductie en opkomst van de transmurale aanpak wordt vaak gezien als een

bewijs van vooruitgang, dat wil zeggen als teken van de professionalisering van de sector. Of die stelling ongeclausuleerd als juist mag worden aangemerkt is echter maar zeer de vraag. In deze paragraaf gaan we daar nader op in. Het heeft ruim honderdvijftig jaar geduurd totdat de transmurale zorgaanpak dominant werd binnen de GGZ. De moderne psychiatrie begon als klinische psychiatrie met uitsluitend gesloten afdelingen. Deze GGZ had een totalitair karakter; zij zorgde zagezegd voor de cliënt van 'de wieg tot het graf'. GGZ werd uitsluitend aangeboden binnen de muren van de instelling; zij stond niet in maar buiten de samenleving. Deze klinische aanpak stuitte al snel op kritiek: de zorg maakte de cliënten allesbehalve beter en de kans op reïntegratie van de cliënt in de samenleving was niet groot. In de twintigste eeuw kwamen daar nog verschillende punten van kritiek bij: de gestichten zouden vooral ten dienste staan van de samenleving door de lastige en onaangepaste psychiatrische patiënten van de straat te houden. Bovendien ging het langdurig verblijf van cliënten in de gestichten voorbij aan hun recht op burgerschap binnen de samenleving.

Langs twee verschillende wegen vond de omslag in ideologie van klinische naar transmurale GGZ plaats. Van binnenuit veranderden de gestichten geleidelijk, door onder andere de introductie van zorgvormen met een minder totalitair karakter. Voorbeelden daarvan zijn de introductie van open afdelingen, pensio-naten en pleeggezinnen. Veel later volgden de dag- en deeltijdbehandeling, de polikliniek en de beschermende en beschutte woonvormen. Deze veranderingen hadden tot doel de afstand tussen de samenleving en het gesticht te ver-minderen. De realisering van dit doel kreeg een sterke impuls met de opkomst van de psychofarmaca. Die leidde er toe dat de gestichten werden omgebouwd tot instellingen en vervolgens tot psychiatrische ziekenhuizen. De klinische psychiatrie die aldus tot ontwikkeling kwam, bekommerde zich echter maar weinig om de chronisch psychiatrische cliënt, zij was veel meer bezig met de ontwikkeling van de diagnostiek en behandeling van aandoeningen met een meer tijdelijk karakter.

De tweede weg betrof de vorming van een ambulante GGZ. Dit begon rond 1910 met het opzetten van voor- en nazorgdiensten, die in eerste instantie gericht waren op het verminderen van klinische opnamen en het verkorten van de opnameduur. Men zou verwachten dat zij samenwerking zochten met de gestichten. Feitelijk ontwikkelden de voor- en nazorgdiensten zich echter groten-deels autonoom, los dus van de gestichten, en streefden zij steeds explicieter naar het vermijden van opnamen en daarmee naar behoud van integratie van de psychiatrische cliënt in de samenleving. Deze benadering kreeg de naam sociale psychiatrie. Vooral de zusters van de Sociaal Psychiatrische Dienst, bijgestaan door een enkele psychiater, genoten grote faam in het organiseren van steun-systemen rondom patiënten. De voor- en nazorgdiensten kregen geleidelijk aan

de politieke wind in de rug, onder andere via de beweging van geestelijke volksgezondheid, waardoor hun ambulante aanpak vanaf de jaren zeventig centraal kwam te staan in het overheidsbeleid. Uiteindelijk gingen de SPD'en begin jaren tachtig van de vorige eeuw op in de Riagg. Binnen de Riagg kreeg de SPD een veel sterker (psycho)therapeutisch karakter. De oude SPD was patriarchaal, de nieuwe Riagg democratisch. Er was hulp voor een ieder die gemotiveerd was voor behandeling en in staat tot reflectie over het eigen gedrag. En dat waren niet direct de standaardvaardigheden van de chronisch psychiatrische cliënt. De Riagg-zorg voor deze patiëntengroepen bleef daardoor beperkt.

In het midden van de jaren tachtig waren er twee min of meer gescheiden zorg-circuits: een deel van de chronisch cliënten verbleef in de langverblijf afdelingen van het psychiatrisch ziekenhuis en een deel van deze groep woonde in de samenleving en werd ondersteund door de Riagg. Van een hechte samenwerking tussen beide circuits was nauwelijks sprake. Met name voor de psychiatrisch ziekenhuizen was dat erg lastig, gezien het beleid van extramuraliseren. Veel gehoord was dan ook hun kritiek dat hun cliënten na ontslag van de regen in de drup belandden. In dezelfde tijd komen de eerste discussies op over dak- en thuislozen. Algemeen leefde de opvatting dat de kloof tussen Riagg- en APZ-zorg oorzaak van veel problemen was. De roep om integratie van beide voorzieningen werd dan ook luider en de politieke druk op fusies tussen de verschillende GGZ-partijen was groot.

In de jaren negentig werden op vele plaatsen fusies gerealiseerd tussen Riaggs en APZ'en en soms ook andere GGZ-instellingen. Samen zetten ze de multifunctionele eenheid (MFE) op met als doel om continuïteit van zorg te realiseren voor de chronisch psychiatrische patiënt en te komen tot transmurale zorg. De integratie ging gepaard met de afbouw van long stay afdelingen en de verdere extramuralisering van oude APZ-verblijfspatiënten. Tegelijkertijd kozen de voormalige psychiatrische ziekenhuizen voor meer categorale accenten. De oude verblijfsafdelingen werden omgebouwd tot supra-regionale voorzieningen, bijvoorbeeld voor forensisch psychiatrische patiënten, voor patiënten met eetstoornissen, vluchtelingen, gehandicapten met een psychiatrisch probleem, of dubbele diagnoseproblematiek. Van de oude APZ-capaciteit ging een belangrijk deel naar de zorg voor deze nieuwe doelgroepen.

Ogenschijnlijk verliep de inrichting van de MFE harmonieus en vond de invoering van het nieuwe transmurale zorgconcept nauwelijks weerstand; er werden in ieder geval nauwelijks discussies gevoerd over de inrichting van de zorg binnen de nieuwe MFE. Bovendien zagen velen in de opkomst van de transmurale aanpak een bewijs van vooruitgang, dat wil zeggen van de professionalisering van de sector. Het transmurale zorgconcept sloot namelijk niet alleen aan bij de discussie over vermaatschappelijking maar ook bij de 'medicalisering' van de GGZ. Medicalisering verwijst naar het modelleren van de GGZ naar de algemene

somatische geneeskunde, waarbinnen een scherp onderscheid wordt gemaakt tussen generalistische en specialistische zorg (eerste, tweede en derde lijn), tussen stoornis en handicap, alsook tussen alledaagse kennis en wetenschappelijke kennis. Het transmurale zorgconcept wil 'evidence based' zijn, waarbij de zorg in programma's rondom specifieke groepen van stoornissen wordt ingericht. De zorg voor de langdurig zorgafhankelijke patiënten is een van de stokpaardjes van de GGZ geworden en soupeert naar verhouding een steeds groter deel van het budget op. Helaas is daarmee niet gezegd dat aan de geconstateerde problemen met betrekking tot de zorg voor de langdurig zorgafhankelijke cliënt een einde komt. Integendeel, steeds luider wordt de publieke roep om betere zorg, steeds acuter ook lijkt de problematiek van de psychiatrische patiënt in de maatschappij te worden. Het aantal psychiatrische cliënten onder de dak- en thuislozen blijkt veel groter dan verwacht, terwijl ook de overlast die psychiatrische cliënten in de wijk aanrichten alleen maar lijkt te stijgen. Met de integratie van zorg, zo luidt de paradoxale conclusie, is de onvrede in de samenleving eerder toe- dan afgenomen.

In het vorige hoofdstuk is reeds beschreven dat de problemen rond de vermaatschappelijking deels zijn te verklaren door veranderingen in de wijk zelf. Enerzijds eist de samenleving vrijheid en eigen rechten voor de psychiatrische cliënt, anderzijds wenst zij dat de GGZ integraal verantwoordelijk blijft voor haar cliëntèle, zeker als deze tot last worden. Dat verklaart echter maar een deel van het probleem. Ook de GGZ zelf heeft een aandeel in die onvrede. De commissie onderschrijft de conclusies van de RVZ: de sector maakt halfslachtige keuzes. Ook volgt zij de analyses van Kwekkeboom (2001): enerzijds kiest de GGZ voor vermaatschappelijking en anderzijds houdt zij vast aan integrale zorg. Het klinkt wel mooi dat de gemeentelijke overheid en de eerste lijn een deel van de zorg voor GGZ-cliënten overnemen en onderdeel gaan uitmaken van een veel bredere zorg voor mensen met een handicap, maar in de praktijk blijkt dat de GGZ haar expertise niet of onvoldoende overdraagt en slechts beperkt met gemeentelijke overheden samenwerkt. Veel hulpverleners op de werkvloer zijn aarzelend over het onderbrengen van hun cliënten binnen algemene voorzieningen. Zij zien dreigende verloedering van hun klanten. De cliëntèle van de GGZ vraagt in hun ogen om een eigen, dat wil zeggen, categorale aanpak. Die houding kan gezien worden als de pendant van de terughoudendheid van de buurt. Vermaatschappelijking betekent op deze manier dat extramuralisering niet beperkt blijft tot de cliënt maar dat ook de zorg zelf verplaatst wordt. Daarmee wordt de zorg en duurder en minder efficiënt.

Een andere halfslachtige keuze betreft de 'autonomie' van de cliënt. In het klassieke Riagg-model, dat agogisch-psychotherapeutisch van aard is, wordt zorg aangeboden maar niet opgedrongen. Uitgangspunt is dat de cliënt zelf gemotiveerd moet zijn voor behandeling. Doel van de zorg is vervolgens 'zelf-

standigheid', dat wil zeggen dat de cliënt op zichzelf kan leven. Het APZ-model is van huis uit medischer, protectionistischer en verzorgender. Niet de eigen keuzes van de cliënt zijn alles bepalend, maar diens (latente) zorgbehoefte, die samenhangt met de aard van de ziekte. Desnoods wordt de cliënt tegen zijn eigen wil in verzorgd en behandeld. Doelstelling is dan ook niet direct zelfstandigheid, maar een verzorgd bestaan waarin de symptomen onder controle zijn en de cliënt zich zoveel als mogelijk heeft aangepast aan zijn omgeving.

Samenvattend: de zorg voor langdurig zorgafhankelijke cliënten zit gevangen in dubbele posities. Het blijkt erg moeilijk om de transmurale zorgvisie consequent uit te bouwen en de verschillende tradities conceptueel bijeen te brengen. De GGZ lijkt amper toe te komen aan principiële discussies en keuzes. In plaats daarvan wordt gekozen voor de additieve aanpak: nieuwe elementen komen niet in plaats van, maar worden toegevoegd aan de bestaande zorg.

6.2 DE EMANCIPATIE VAN DE TIJDELIJKE ZORGGEBRUIKER

De GGZ voor volwassenen beperkt zich niet tot de langdurig zorgafhankelijken. De andere groep van cliënten is 'slechts' tijdelijk en in beperkte mate zorgafhankelijk. In numerieke zin is deze tweede groep zelfs veel belangrijker. Hoewel grenzen tussen de ene en andere groep diffuus zijn en lang niet altijd duidelijk is welke cliënt tot welke groep behoort, lijkt er toch redelijke overeenstemming over de verhouding tussen beide groepen, namelijk 1:5. De zorg voor deze groep, die we hier aanduiden als 'tijdelijk zorggebruiker' heeft een eigen geschiedenis en daarmee ook haar eigen vragen. In deze paragraaf doen we daar verslag van. Tegelijkertijd, zo zullen we beargumenteren, zijn er ook parallele problemen. Opnieuw zal blijken dat de GGZ zich bevindt in een krachtenveld van lastige dilemma's en paradoxen.

De geschiedenis van de ambulante GGZ laat zich lezen als een emancipatiestrijd van en voor mensen met psychische problemen. De geschiedenis van de ambulante zorg begon ruim honderd jaar geleden bij huisartsen als Van Renterghem en Van Eeden, die achter nogal wat vage lichamelijke klachten een niet somatische oorzaak vermoedden; deze klachten leken te verwijzen naar de zenuwen. Los van de gestichtspsychiatrie startten zij speciale spreekuren voor zenuwlijders en hier en daar openden zij 'sanatoria voor zenuwlijders'. Kenmerkend voor deze groep van zenuwlijders was de beperkte invaliditeit, kenmerkend voor de eerste behandelingen was de overtuiging dat met uiteenlopende fysieke en psychologische behandelvormen een eind kon worden gemaakt aan dit leed.

Na 1900 werd geleidelijk de groep van cliënten verbreed. De eigen praktijken van huisartsen werden praktijken van zenuwartsen en naast mensen met lichamelijke

klachten kwamen er ook steeds meer mensen met 'psychosociale' problematiek. Later werden die eigen praktijken gekoppeld aan algemene ziekenhuizen en zo ontstonden de latere psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Los hiervan werden instellingen opgericht waarin naast zenuwartsen ook psychiatrisch verpleegkundigen en later psychologen, psychotherapeuten en maatschappelijk werkers werkzaam waren. In de vorige paragraaf beschreven we de opkomst van de Sociaal Psychiatrische Dienst en diens voorganger (de voor- en nazorgdiensten). In 1927 volgde de oprichting van de Medisch Opvoedkundige Bureaus waarbij kinderen en hun ouders terecht konden. In 1940 werd het Amsterdamse Instituut voor Medische Psychotherapie opgericht, en nog weer later ontstonden de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden. Daarmee kreeg de zorg voor mensen met psychische problemen steeds meer vormen en werd zij automatisch steeds omvangrijker. Die uitbreiding bereikte een voorlopig hoogtepunt met de oprichting van de Riagg in 1982. Met de uitbreiding van het aantal instellingen en het aantal hulpverleningsvormen nam ook het aantal cliënten toe dat gebruik maakte van deze voorzieningen. Daarmee ontstond binnen de samenleving steeds meer oog voor psychische problemen. Met de Riagg brak die emancipatie pas echt door. Van Dantzig (1991) formuleerde het aldus:

'door het invoeren van de Riagg is het domein van het innerlijk leven van de mens, zijn privé-domein, voorwerp van openbare zorg geworden, zoals zijn lichaam dat al lang was (...) Wat nu recht is, was door de eeuwen heen een gunst, de gunst van liefdadigheid (...) De hoeveelheid menselijke ellende die met dit systeem gepaard ging, was immens groot, maar in die tijd voor iedereen vanzelfsprekend, ook voor degenen, die door de goddelijke voorzienigheid hun plaats aan het kortste eind van het touw vonden'.

De Riagg stond volgens Van Dantzig voor de publieke erkenning van persoonlijk lijden. De Riagg had dan ook als taak 'de schade aan de geestelijke gezondheid, veroorzaakt door algemeen aanvaarde maatschappelijke instituties, te minimaliseren'. Tegelijkertijd moest de GGZ een nog krachtiger emancipatie van de geestelijke gezondheid nastreven. Pas dan kon er sprake zijn van maatschappelijke erkenning van GGZ-problematiek.

Onderdeel van die emancipatie was de erkenning dat psychisch leed professionele zorg behoeft. De afgelopen decennia werd het bijna vanzelfsprekend dat de behandeling van psychische stoornissen alleen door hoog gespecialiseerde professionals kon worden uitgevoerd. Eerstelijnszorg werd min of meer afgedaan als 'pappen en nathouden' terwijl pillen werden ontraden omdat ze de problemen verdoezelden en niet oplosten. Het ideaal van geestelijke gezondheidszorg was de openleggende psychodynamische behandeling, waarin een

volledige herschepping van de psychische huishouding werd nagestreefd. Deze behandeling was complex en zeer intensief, bovendien vroeg zij van cliënt en hulpverlener het uiterste: de onderste steen moest worden bovengebracht. Dat paste bij het ideaal van transparantie en zelfontplooiing. Alleen door het doorleven van trauma's was volledig herstel mogelijk. Goede zorg stond voor intensieve zorg, al het andere was slechts tijdelijke symptoomreductie.

De psychotherapeut was in zekere zin het prototype van deze emancipatie. Na jarenlange strijd om erkenning werd in 1986 de overgangsregeling psychotherapeut van kracht. Met deze maatregel erkende de overheid het bestaan van een aparte beroepsgroep van psychotherapeuten en verschaftte zij normen voor de inhoud en aard van de opleiding tot psychotherapeut. Naast het ondergaan van een eigen leertherapie en supervisie werd van de psychotherapeuten in opleiding gedegen multidisciplinaire kennis geëist. In gelijke mate moest men kennis verwerven van het psychodynamisch, het experiëntieel en het gedrags-therapeutisch referentiekader. Feitelijk betekende dit dat het hoofdaccent binnen de opleiding lag bij inzichtgevende en persoonsgerichte psychotherapieën.

Psychotherapie in de Riagg-praktijk had daarom meestal een intensief en langdurig karakter. Ook ging aan de indicatie tot psychotherapie een uitvoerig multidisciplinair onderzoek vooraf. Niet zonder reden waren de psychotherapeuten tot midden jaren negentig de snelst groeiende beroepsgroep binnen de GGZ.

De rationale achter deze multidisciplinaire werkwijze wordt treffend door Schnabel beschreven in *Het eigene en het aardige van de GGZ* (1987). Typend voor de GGZ-werkwijze is inclusie. Inclusie staat voor een werkwijze die informatie insluit. De diagnostiek in de GGZ geschiedt door zoveel mogelijk informatie van de cliënt te verzamelen waardoor de problematiek in al zijn bio-psycho-sociale aspecten als een Gestalt zichtbaar wordt en begrepen kan worden binnen de verschillende contexten waarin deze voorkomt. Inclusie past bij een multidisciplinaire benadering waarbij de verschillende disciplines elk hun bijdrage leveren aan een zorgvuldige vorming van de diagnose. Hoe groter het aantal disciplines dat daaraan deelneemt, des te vollediger het beeld en des te beter de mogelijkheid de problematiek te begrijpen en vervolgens te behandelen.

Het inclusiemodel tendeeft vervolgens ook naar integrale en institutionele zorg. Want als zorg beter wordt naarmate er meer disciplines bij betrokken zijn, dan spreekt het bijna vanzelf dat die disciplines worden samengebracht binnen de muren van één instelling. Tegenover dit model van inclusie positioneert Schnabel de algemene geneeskunde die vooral volgens het beginsel van exclusie werkt. Daar komt de diagnose niet tot stand door zo veel als mogelijk te weten te komen maar door uitsluiting van mogelijke alternatieven. Idealiter weet de arts op basis van de gerapporteerde klachten al snel welke ziekten er zeker niet in het geding zijn. Vervolgens zal hij door gerichte vragen zolang mogelijk ziekten uitsluiten totdat uiteindelijk nog één diagnose overblijft. Op basis van dit onder-

scheid komt Schnabel tot de conclusie dat de GGZ een eigen aard heeft en derhalve terecht als aparte sector van gezondheidszorg wordt beschouwd.

In de tweede helft van de jaren negentig heeft dit GGZ-model concurrentie gekregen van een geheel andere werkwijze. Schnabels analyses bieden aanknopingspunten voor het inzichtelijk maken ervan. Er werden nieuwe metaforen geïntroduceerd, die zijn samen te vatten met het begrip exclusie. Psychische stoornissen zijn vergelijkbaar met somatische ziekten. Men hoeft niet langer alles te weten van de cliënt. Integendeel slechts die aspecten van de problematiek zijn relevant die uitsluitel geven over de aard en ernst van de stoornis. Een multidisciplinair team is daar niet voor nodig. Ook is er geen enkele reden meer om inzichtgevend therapieën prioriteit te geven. Eerder geldt het tegenovergestelde argument: klachtgerichte therapieën en psychofarmaca grijpen direct in op de klachten. Inzicht en zelfkennis zijn niet langer de sleutelwoorden, wel klachtenvermindering en wegnemen van beperkingen.

De opkomst van dit tweede model hangt ongetwijfeld samen met veranderingen binnen en buiten de GGZ. Enkele daarvan willen wij kort aanstippen. Ten eerste valt te wijzen op de hernieuwde aandacht voor een medische benadering van psychische stoornissen. Mede door de opkomst van de biologische psychiatrie groeit de overtuiging dat psychische stoornissen vergelijkbaar zijn met somatische aandoeningen en dat bijgevolg de diagnostiek en behandeling volgens die benadering moeten worden uitgevoerd. In het verlengde hiervan is er de opkomst van de 'evidence based' aanpak: behandelingen met een bewezen effect genieten de voorkeur boven de behandelingen waarvan dat effect niet eenduidig is vastgesteld. Die regel heeft vooral positieve gevolgen voor farmacotherapie en cognitieve gedragstherapie. Dat juist deze twee therapievormen het beste aansluiten bij het medische exclusiemodel is allesbehalve toevallig.

Ten tweede voltrekt zich vanaf het midden van de jaren negentig een kentering wat betreft de inzet van de generalistische eerstelijnszorg. Mede naar aanleiding van het RVZ-advies *GGZ in de XXIe eeuw* en de beleidsbrief GGZ van minister Borst uit 1998 kan men constateren dat de opvattingen over de rol van de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog sterk veranderen. Niet langer wordt de opvatting door iedereen gedeeld dat psychische problematiek maar beter door tweedelijns hulpverleners kan worden uitgevoerd. Ook binnen de eerstelijns is men heel goed in staat de meeste psychische problemen te behandelen. En wederom sluit dat aan bij de 'evidence based' traditie en lijkt wetenschappelijk onderzoek dit standpunt te ondersteunen. Het nieuwe exclusiemodel impliceert niet alleen een verschuiving van intensieve naar minder intensieve hulp en van tweedelijns specialistische naar eerstelijns algemene zorg, ook lijkt er meer aandacht te komen voor eventuele ongewenste bijeffecten van intensieve zorg. Geheel in lijn met ontwikkelingen binnen de

somatische geneeskunde, waar al langer erkend wordt dat meer zorg nogal eens leidt tot ongewenste neveneffecten, wordt nu ook binnen de GGZ erkend dat zorg iatrogene effecten kan genereren. Intensieve psychotherapie blijkt bij mensen met een multiple persoonlijkheidsstoornis nogal eens te leiden tot 'herbelevingen' van zaken waarvan achteraf niet duidelijk is of deze wel werkelijk zijn gebeurd. En tijdens symposia wordt steeds vaker gespeculeerd over de vraag of langdurige en intensieve zorg de cliënten niet nodeloos afhankelijk maakt van de zorg. Het past in dit denken dat ook een herwaardering optreedt van het zelfhelend vermogen van mensen. Zoals veel lichamelijke ziekten vanzelf over gaan, zo lijken ook heel wat psychische stoornissen op termijn te verdwijnen. Vanuit dit perspectief is het bijna vanzelfsprekend dat er ook weer meer aandacht komt voor zelfhulpgroepen en minimale interventies.

Het exclusiemodel is uiteindelijk een stepped care model. Bij gelijk effect geniet de minst invasieve behandeling de voorkeur. Stepped care staat daarnaast ook voor een indeling van de zorg naar echelons. Het begint bij de nulde lijn: veel psychische problemen kunnen worden opgelost binnen en door de sociale leefomgeving van de cliënt. Bij onvoldoende effect vindt aanmelding plaats bij de generalistische eerstelijns. Daar vindt de eerste professionele zorg plaats. En pas als deze geen of onvoldoende effect sorteert wordt de cliënt verwezen naar de specialistische tweede lijn.

Mogelijk is de opkomst van het exclusiemodel mede mogelijk geworden door veranderingen binnen de samenleving in de houding ten aanzien van psychische stoornissen. Tegenwoordig kunnen we makkelijker en opener spreken over ons psychisch leed en de mogelijke oorzaken daarvan. Depressies en angsten worden honderduit beschreven en besproken in de media. Ook spreken we minder besmuikt over disfunctionerende gezinnen en de pathologische werking ervan; er is meer oog voor de gevolgen van seksueel geweld binnen en buiten het gezin. Die veranderende houding blijkt ook uit de afgenomen huiver om hulp te zoeken bij de GGZ. De billboards te Rotterdam van begin jaren negentig waarop het grote publiek wordt aangeraden om bij psychische en relatieproblemen de eerste weg rechtsaf naar de Riagg te nemen, illustreren deze veranderende houding. Wellicht zijn dit de verworvenheden van de door Van Dantzig beschreven emancipatie. Veel vaker herkennen mensen achter hun leed psychische problematiek, veel eerder ook zijn ze geneigd er hulp voor in te schakelen. Daardoor lijken andere stromen van cliënten op gang te zijn gekomen, en komen andere concrete hulpvragen naar voren.

De commissie constateert dat het inclusie- en exclusiemodel beide voorkomen binnen de GGZ. Veel intakeprocedures binnen GGZ-instellingen dateren nog uit de tijd dat de intake multidisciplinair en uitgebreid moest zijn. De lange wachtlijsten bij de afdelingen psychotherapie suggereren dat ook veel cliënten behoefte hebben aan langerdurende intensieve psychotherapieën. Meer in zijn

algemeenheid laten de lange wachtlijsten voor de GGZ zien dat voor velen de GGZ nog steeds de plaats bij uitstek is waar psychische problemen worden behandeld. Dat geldt zelfs voor de overheid die nog steeds vanzelfsprekend naar de GGZ kijkt zodra onderbehandeling van specifieke psychische problematiek wordt geconstateerd. Dat geldt bijvoorbeeld voor de arbeidsgebonden stoornissen en voor de behandeling en begeleiding van mensen met een acuut trauma. Ook de beperkte betrokkenheid van de eerstelijns bij de diagnostiek en behandeling van psychische problemen laat zien dat het oude model van integrale GGZ-zorg nog op grote schaal wordt toegepast. Anderzijds wordt ook het exclusiemodel volop toegepast. Op vele plaatsen is de uitvoerige multidisciplinaire intake vervangen door een gesprek met de psychiater. Ook wordt veel meer dan vroeger gewerkt met kortdurende pragmatische behandelvarianten en worden psychofarmaca al dan niet in combinatie met cognitieve gedragstherapie steeds meer de standaardbehandeling. Daarnaast realiseren mensen zich steeds meer dat specialistische zorg niet per definitie de beste aanpak van hun problemen biedt. Intensieve zorg wordt allang niet meer door iedereen ervaren als de beste zorg. Vervolgens zien we dat de overheid initiatieven steunt om GGZ ook binnen de eerstelijns ter beschikking te stellen. Zo wordt er veelvuldig geëxperimenteerd met consultatie vanuit de tweede lijn naar de eerstelijns en worden huisartsen uitgenodigd om een meer centrale en coördinerende positie in te nemen binnen de zorg. Ten slotte lijkt ook de notie van integrale zorg zijn langste tijd te hebben gehad. Integrale zorg betekent niet langer dat de zorg binnen de muren van één instelling wordt uitgevoerd maar dat er door eerste en tweede lijn gezamenlijk verantwoording wordt gedragen voor de gehele professionele zorg.

Opnieuw is de conclusie dat de GGZ gevangen zit in dubbele posities. Het blijkt erg moeilijk om een gezamenlijke zorgvisie consequent uit te bouwen en de verschillende tradities conceptueel bijeen te brengen. Ook nu lijkt te gelden dat de GGZ amper toekomt aan principiële discussies en keuzes. In plaats daarvan wordt gekozen voor de additieve aanpak: het exclusiemodel wordt toegevoegd aan het inclusiemodel. Nieuwe behandelingen komen niet in plaats van maar worden toegevoegd aan de bestaande zorg.

6.3 DE ADDITIEVE AANPAK

In de vorige paragrafen heeft de commissie enkele malen het begrip additieve aanpak gebruikt. Daarmee wil zij aangeven dat veranderingen en vernieuwingen binnen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg vooral hebben geleid tot uitbreiding van het zorgaanbod. Veel minder leidt vernieuwing tot substitutie, dat wil zeggen tot vervanging van het oude door het nieuwe. Daardoor is er sprake

van een veelheid van praktijken. Alle betrokkenen maken deel uit van een poldercultuur. Uitdrukkelijk zij vermeld dat deze poldercultuur zich uitstrekt tot ver buiten de wereld van hulpverleners en instellingen; ook cliënten en hun naasten, alsmede de overheid lijken die veelheid aan aanbodvormen te wensen en de gangbare praktijk dus te versterken. Hoe werkt de additieve aanpak uit voor de verschillende partijen in het zorgveld?

Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg

Van verschillende kanten is erop gewezen dat het samengaan van intra-, semi- en extramurale instellingen sterk heeft bijgedragen aan de gelijktijdige aanwezigheid van verschillende zorgmodellen binnen de grote GGZ-instellingen. De verschillende instellingen kennen elk hun eigen benaderingen: Riagg, APZ, PAAZ en beschermende woonvorm waren niet alleen onderscheidbaar met betrekking tot hun functies en doelgroepen, ook stond elk voor een specifieke zorgideologie. Het is waarschijnlijk dat de fusies binnen de GGZ een factor van belang zijn bij het begrijpen van de additieve aanpak.

Volgens de RVZ maakt de GGZ te weinig keuzes. Dat past bij fusies tussen instellingen waarbij onvoldoende wordt nagedacht over de achterliggende zorgvisie en vooral gestreefd is naar het op pragmatische wijze bijeen brengen van taken en functies. Vanuit strategisch korte termijnperspectief is dat wellicht ook verstandig: het kost al genoeg moeite om instellingen in organisatorisch opzicht bij elkaar te krijgen, een te vroege ideologische positiebepaling werkt enkel vervreemdend en maakt de kans op een succesvol samengaan kleiner. Op de langere termijn leidt het gebrek aan inhoudelijke keuzes echter tot halfslachtig beleid, met het gevaar dat hulpverleners en cliënten steeds meer afstand nemen van de nieuwe organisatie.

Binnen de nieuwe gefuseerde GGZ-instellingen toont het gebrek aan gemeenschappelijke zorgvisie zich ten eerste in afstemmingsproblemen en hiaten in de zorg. Meestal wordt de oplossing voor dit probleem gezocht in het focussen op de proceskant van de organisatie. Dit is de kern van het kwaliteitsbeleid zoals dat binnen instellingen wordt uitgevoerd. In eerste instantie ligt de doelstelling niet bij het vergroten van de effectiviteit en de efficiëntie, maar op het beschrijven en afstemmen van het zorgproces. Daarvoor worden zorgmodulen beschreven, procedures opgesteld en afspraken gemaakt over verantwoordelijkheden, de lengte van wachtlijsten, etc. Sleutelwoord is transparantie. De inhoudelijke slag wordt vervolgens gemaakt door de verschillende modulen in hun onderlinge samenhang als zorgprogramma aan te bieden. Kenmerkend voor de eerste generatie zorgprogramma's is hun additieve karakter: alle mogelijke zorgvormen worden zonder onderscheid en inhoudelijke weging bij elkaar gebracht. Pas in tweede instantie lijkt er enige weging op te treden. Maar ook dan geldt nog dat niet zozeer het zorgconcept de bepalende factor is als wel de mate waarin zorg-

modules bewezen effectief zijn volgens de regels van de evidence based geneeskunde.

Tegen kwaliteitstrajecten en programmabeschrijvingen zelf maakt de commissie geen enkel bezwaar. Integendeel, dit zijn als zodanig geschikte instrumenten voor de bevordering van de kwaliteit en de transparantie van de zorg (lees: professionalisering van de zorg). Toch wil de commissie de vraag stellen of ze op dit moment wel het beoogd resultaat opleveren. Bij gebrek aan discussie over een gemeenschappelijke zorgvisie dreigen zij vooral een behoudende werking te hebben. Daarnaast dreigen nog twee problemen. Volgens Hutschemaekers (2001) werken kwaliteitsmaatregelen vervreemding van de professionals ten opzichte van het primaire proces in de hand. Procedures hebben een bureaucratische werking. Ook dwingen ze professionals – of bieden hun mogelijkheden – zich terug te trekken achter de muren van hun professionele autonomie. De suggestie dat met procedures alles is geregeld, leidt bovendien tot een geringer verantwoordelijkheidsbesef bij professionals. Het afwijken van de afspraken, al is het met het oog op betere zorg voor de cliënt, wordt alles behalve aangemoedigd. Het tweede probleem betreft de blik naar binnen. Kwaliteitstrajecten binnen gefuseerde instellingen zijn er primair op gericht om de zorgprocessen binnen de nieuwe instelling maximaal op elkaar af te stemmen. Idealiter leiden deze trajecten tot betere afstemming tussen afdelingen met als gevolg dat afdelingen naar elkaar toegroeien. Kwaliteitstrajecten hebben een centripetale werking: de instelling wordt hechter. Gevolg is echter wel dat de afstemming met de buitenwereld problematischer wordt. Afdelingen die naar elkaar toegroeien, groeien weg van hun samenwerkingspartners buiten de instelling. Nogal eens wordt in dit verband gewezen op het gevaar van een GGZ als ivoren toren.

Professionals

Ook voor de hulpverleners heeft de additieve aanpak op korte termijn vele voordelen. Zolang vele wegen naar Rome leiden, kunnen de professionals zich laten leiden door hun eigen expertise en daarmee hun eigen professionele autonomie veilig stellen. Op de langere termijn leiden de gevolgen van het gebrek aan inhoudelijke zorgvisie echter tot gespannen verhoudingen tussen de verschillende disciplines onderling. Hutschemaekers en Neijmeijer (1998) laten zien dat formele discussies tussen beroepsgroepen over verantwoordelijkheden en bevoegdheden met name ontstaan wanneer werkzaamheden (opnieuw) geordend en verdeeld moeten worden. Fusies hebben altijd dit effect, al was het maar omdat er één nieuwe voordeur wordt gerealiseerd, er onderlinge verwijzingen plaatsvinden, etc. Gevolg is dat beroepsgroepen onderling de strijd aangaan en zich beroepen op allerlei inhoudelijke en vervolgens formele regels. Vaak gaat er veel tijd en negatieve energie in die discussies zitten. En in de regel leidt dat niet tot betere samenwerking, wel tot gefrustreerde hulpverleners op de

werkvloer, die plotseling ontdekken dat ze in de nieuwe organisatie in heel andere verantwoordelijkheidslijnen werken.

Die defensieve houding wordt in de hand gewerkt door de hierboven beschreven negatieve bijeffecten van kwaliteitsmaatregelen. Aandacht voor de kwaliteit van de processen leidt bijna per definitie tot extra bureaucratie en tal van procedures waaraan geen ontsnappen mogelijk lijkt. Hulpverleners trekken zich terug achter de muren van hun behandelkamers en lijken zich steeds minder verantwoordelijk te voelen voor wat er gaande is. Deze bureaucratisering wordt overigens sterk in de hand gewerkt door wet- en regelgeving. De afgelopen jaren zijn er tal van nieuwe wetten van kracht geworden die directe gevolgen hebben voor de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg. Het betreft ten eerste de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). Deze wet regelt op uniforme wijze de verschillende beroepen in de individuele gezondheidszorg en impliceert toenemende regels ten aanzien van opleiding, kwaliteit en (her)registratie. Andere kwaliteitswetten, zoals de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO), en de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) vervullen eenzelfde beperkende, reglementerende en bureaucratiserende functie.

Cliënten

Ook de cliënten ondervinden gevolgen van de additieve aanpak. Ook hier weer werken de korte termijngevolgen vooral ten gunste van de cliënt. Hij krijgt de mogelijkheid te kiezen tussen meerdere zorgvormen. Tot op zekere hoogte geldt dat voor de ambulante cliënt die mogelijkheden heeft te kiezen voor verschillende typen van aanbod (PAAZ, MFE, vrijgevestigd); de langdurig zorgafhankelijke cliënt is sterk afhankelijk wat hem wordt aangeboden. Op de langere termijn lijkt de additieve aanpak de cliënt toch vooral ook onzekerder te maken over wat professionele zorg hem te bieden heeft. Vanuit de verschillende modellen worden hem telkens ideale scenario's geschetst van de resultaten van de diverse behandelingen. Dat versterkt het idee van maakbaarheid, hier opgevat als geneesbaarheid. Om geprotocolleerde behandelingen aantrekkelijk te maken worden bijvoorbeeld voortdurend effectcijfers uit wetenschappelijk onderzoek genoemd. Zo wist een hoogleraar psychiatrie ons enkele jaren geleden via de televisie te melden dat hij 90 procent van de depressies in drie maanden kon genezen. Dat zijn bijzondere mededelingen, zeker voor al die depressieve cliënten die na jaren van behandeling nog steeds tobbed door het leven gaan. Al die factoren te samen versterken de verwachting dat voor iedere kwaal een oplossing kan worden gevonden en dat het heil uiteindelijk van de professionals komt. Nogal eens resulteert dat in diepe teleurstellingen.

De door Hutschemaekers (2001) beschreven groeiende zorgafhankelijkheid van de cliënt ten opzichte van de zorg kan in dit perspectief worden geplaatst. De suggestie van steeds meer alternatieven in de zorg werkt in de hand dat burgers

zelf steeds minder doen om de problemen te lijf te gaan. Daardoor dreigt een zekere passiviteit en misschien zelfs afhankelijkheid.

Partners in de zorg

Als gevolg van het door elkaar heen lopen van verschillende zorgconcepten weet niemand precies wie partners in geestelijke gezondheidszorg zijn. Bij een consequent doorgevoerde vermaatschappelijking van de zorg voor langdurig zorgafhankelijke cliënten is de GGZ niet langer alleen verantwoordelijk voor de zorg. Ook gemeenten en andere lokale zorginstellingen hebben hierin een taak. Vermaatschappelijking ingevuld als extramuralisering laat de GGZ integraal verantwoordelijk voor de zorg. Er zijn wel partners maar die worden door de GGZ 'aangestuurd'. De verschillende zorgvisies met betrekking tot de tijdelijk zorggebruiker tonen eenzelfde tweeslachtigheid. In een Stepped Care model heeft de huisarts de centrale regiefunctie; hij is poortwachter en zorgcoördinator. In het klassiekere emancipatiemodel is de huisarts eerder een 'makelaar' die vraag en aanbod bijeenbrengt. Hij zorgt voor de noodzakelijke verwijsbrieven. Onduidelijkheid dus alom, niet alleen met betrekking tot de vraag wie partners zijn, maar ook wat hun taken zijn.

Heel lang is gewerkt met een zorgconcept waarin hulpverleners buiten de GGZ nauwelijks een taak hadden met betrekking tot de zorg voor mensen met een psychische stoornis. Het duidelijkst is dat zichtbaar in de huisartsenzorg, waar de afgelopen decennia een reductie van het aantal cliënten met geestelijke gezondheidsklachten heeft plaatsgevonden. Nog steeds is dat de meest gangbare benadering. De nieuwe zorgbenaderingen van vermaatschappelijking en stepped care leiden er op sommige plaatsen toe dat de GGZ zich terugtrekt op haar 'kerntaken' zonder zich al te nadrukkelijk te bekommeren om de cliënten die niet langer op haar zorg kunnen rekenen. De consequenties van die keuze zijn vervolgens direct voelbaar voor professionals binnen en buiten de gezondheidszorg. Huisartsen, maatschappelijk werkers en thuiszorgorganisaties in de eerste lijn krijgen taken naar zich toegeschoven waarvoor ze zich niet geëquipeerd weten, terwijl anderen – politie, justitie, onderwijs, zielzorg, sociaal cultureel werk – geconfronteerd worden met 'nieuwe' probleemgroepen waar ze nauwelijks vat op hebben.

Beleidsmakers

Het onvermogen van de GGZ tot het maken van keuzes, vindt zijn pendant en misschien zelfs oorsprong in wet- en regelgeving. Enerzijds benadrukt de wetgever dat de GGZ een taak heeft met betrekking tot de openbare orde: burgers moeten worden beschermd tegen lastige psychiatrische patiënten. Anderzijds zegt de wetgever ook dat de GGZ vooral een curerende taak heeft: zij moet mensen met psychische problematiek ondersteunen en liefst beter maken.

Die twee taken staan nogal eens op gespannen voet met elkaar. Niet alleen in de feitelijke zorgpraktijk, maar ook in het organisatieprincipe en in de te stellen beleidsprioriteiten. Zo is het landelijke beleid tegelijkertijd gericht op verbetering van de positie van de cliënt als op bescherming van de samenleving tegen de cliënt.

In de verschillende landelijke beleidsnota's zien we die spanning telkens terugkeren. Er lijkt zelfs sprake te zijn van een 'double bind'. Enerzijds wordt de categorale aanpak ondersteund met het daarbij behorende integrale zorgconcept van de multifunctionele eenheid en het regionaal centrum voor geestelijke gezondheidszorg, anderzijds wordt de loftrumpet gestoken over vermaatschappelijking waarbij de psychiatrische patiënt als burger gebruik maakt van vooral non-categorale voorzieningen (zie Kwekkeboom, 2001). Of: enerzijds wordt de GGZ verantwoordelijk gesteld voor de grote categorie van mensen met werk-gerelateerde psychische problemen en de toestroom naar de WAO, of voor het toenemende geweld in de samenleving, anderzijds wordt de 'echelon' bezongen uit de algemene gezondheidszorg aanpak waarbij de GGZ zich moet omvormen tot een specialistische tweedelijnsvoorziening, liefst op het terrein van en zelfs als onderdeel van het algemeen ziekenhuis.

Het probleem van de dubbele positie van de GGZ laat zich ook illustreren in de verhouding tussen landelijke, regionale en lokale politiek. Nadat sinds de jaren zestig het GGZ-beleid vooral landelijk werd bepaald, zien we sinds enkele jaren ook een duidelijkere taak voor de provinciale overheid weggelegd. Zij hebben de taak gekregen tot het opstellen van regionale zorgvisies. Dat is dubbel. Enerzijds betekent dit een versterking van het perspectief van vermaatschappelijking: in de regio moeten mensen gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen, anderzijds een grotere afstand tussen de GGZ en de AGZ, want daarover hebben provincie en gemeente nauwelijks iets te zeggen.

Samenleving

In het dagelijks leven komen de beperkingen van de additieve zorgbenadering sterk naar voren. Daar worden we zeer regelmatig geconfronteerd met gebrek aan geneesbaarheid en het onvermogen van de GGZ om iedereen tevreden te stellen. Op vele plaatsen in Nederland struikelt men letterlijk over de thuis- en daklozen, een probleem waarover de wethouders van de grote steden blijven roepen dat er vooral sprake is van een tekortschietende GGZ. Ook wordt menig jonge ouder bij herhaling opgeschrikt door achtergelaten naalden van drugs-verslaafden. Voeg daarbij de onvrede over lange wachtlijsten en de ondoorzichtige bureaucratische procedures en duidelijk wordt dat de additieve aanpak het weinig flatterende oordeel van de samenleving in de hand werkt.

Je zou zeggen dat de samenleving er alle belang bij heeft om anders te willen. Meer eenduidigheid leidt tot een meer systematische toekenning van ver-

antwoordelijkheden en taken, en daarmee op termijn tot duidelijkheid. De vraag is alleen welke richting men zou moeten inslaan. Sommigen willen misschien terug naar integrale zorg, waarin de GGZ voor alle mensen met psychische problemen zorgt, zodat de samenleving er niet langer mee lastig worden gevallen. Anderen kiezen voor een verdergaande vermaatschappelijking, waarin de taak van de GGZ wordt ingeperkt tot specialistische medische zorg.

6.4 ADVIES: EEN RADICALE KEUZE

In dit hoofdstuk hebben wij de analyse toegespitst op ontwikkelingen binnen de GGZ zelf. Daarbij hebben we geconstateerd dat verschillende zorgconcepten door elkaar heen worden gebruikt met als gevolg dat van allerlei soorten van zorg een beetje plaatsvindt. De zorg is enerzijds breed toegankelijk, terwijl anderzijds in alle toonaarden het specialistisch tweede lijns karakter van de GGZ wordt bezongen. De zorg dient enerzijds ingepast te worden in algemene zorgvoorzieningen terwijl er anderzijds nog steeds vanuit wordt gegaan dat de GGZ integrale verantwoordelijkheid draagt voor het lot van mensen met een psychiatrische aandoening. We hebben deze aanpak additief genoemd.

De scheuren van de additieve aanpak zijn in dit rapport volop zichtbaar geworden. De stijging van het aantal meldingen en vooral het aantal heraanmeldingen, de lange wachtlijsten en het mopperen van de eigen professionals en de eigen cliënten van de GGZ zijn daar de getuigen van. Een tijdlang heeft GGZ gedacht deze problemen te kunnen oplossen door nog betere procedures en nog betere zorg. Met die aanpak heeft de sector de problemen van de additieve benadering, ongewild misschien, vooral beter zichtbaar gemaakt. Op grond van de analyses uit hoofdstuk 5 kan dat ook goed worden verklaard: de GGZ, hoe groot en professioneel ook, kan onmogelijk de problemen rondom de opvoeding, de territoriale context en arbeid zelfstandig oplossen. De zorg voor geestelijke volksgezondheid kan nu eenmaal niet volledig worden overgedragen aan één of meerder professionele organisaties. Geestelijke volksgezondheid behoort een zorg van velen te zijn.

Omdat de GGZ onmogelijk alleen verantwoordelijk kan zijn voor de geestelijke volksgezondheid, zo concludeert de commissie, zal een categorale aanpak de problemen rond de geestelijke volksgezondheid enkel vergroten. Die conclusie ligt aan de basis van een radicale keuze die de commissie, bij wijze van gedachteoefening, heeft uitgewerkt. Deze uitwerking vindt zijn vertrekpunt in de beleidsbrief van de minister over de GGZ van mei 2001, waarin zij kiest voor het invoegen van de GGZ in de structuren van de algemene gezondheidszorg. De commissie wil die keuze volgen en radicaliseren. Het hechten van de GGZ aan structuren van de AGZ betekent, omwille van doelmatigheid, een scherper onderscheid in echelons, werken volgens de uitgangspunten van getrapte zorg,

maximale samenwerking tussen en gezamenlijke verantwoordelijkheid van de echelons, en het onderscheiden van taken van openbare en individuele gezondheidszorg.

- *Radicaliseer het onderscheid tussen de echelons*

De categorale GGZ kenmerkt zich door een integratieve aanpak: een ieder met psychische problematiek moet snel worden geholpen. Daarvoor is een lage drempel een absolute vereiste. Vervolgens moet het onderscheid tussen de verschillende instellingen voor GGZ zo klein mogelijk zijn, anders dreigen kloven in de zorg. Anderen, buiten die geïntegreerde GGZ-instellingen, dragen nauwelijks verantwoordelijkheid voor de zorg aan mensen met psychische problematiek. Decategoralisering betekent volgens de commissie vooral dat velen op verschillende plaatsen een taak krijgen met betrekking tot de geestelijke volksgezondheid. Decategoralisering ontstaat door de taken van de GGZ onder te brengen bij de bestaande structuur van welzijns- en gezondheidszorg. Deze structuur is opgebouwd in echelons: het nulde, eerste, tweede en derde echelon (lijn). Het nulde echelon bestaat uit mantelzorg en maatschappelijke opvang (welzijnszorg), het eerste echelon bestaat uit de huisarts, de thuiszorg, de eerstelijnspsycholoog, het algemeen maatschappelijk werk e.d., het tweede echelon is de curatieve specialistische gezondheidszorg, het derde echelon de categorale vervolgbehandeling. Wat betekent het denken in echelons voor de huidige categorale GGZ?

Het besef moet groeien dat de zorg aan mensen met psychische problematiek op verschillende plaatsen in verschillende settings en door verschillende mensen kan en moet plaatsvinden. Dat begint al in de nuldelijn: thuis, op school, op het werk, etc. Met de toename van kennis rond determinanten en behandelingen van psychische problematiek kunnen burgers in toenemende mate voor hun eigen en elkaars gezondheid zorg dragen. Daarnaast hebben ook maatschappelijke organisaties als de school, de buurtopvang, en de politie een belangrijke taak ten aanzien van de signalering, preventie van geestelijke (on)gezondheid en de opvang van mensen in nood (zie hoofdstuk 5).

Een belangrijk deel van de GGZ moet vanuit de eerstelijns worden aangeboden. Deze laagdrempelige gezondheidszorg vindt plaats binnen de wijk (het lokale territorium), en heeft de huisartsenpraktijk als natuurlijk centrum. Versterking van de eerstelijns-GGZ past in dit plan: de huisarts zelf moet opnieuw een behandelende en coördinerende rol krijgen. Hij moet daarbij worden bijgestaan door andere eerstelijns werkers, zoals het algemeen maatschappelijk werk, de eerstelijnspsycholoog en ook de SPV. Het algemeen maatschappelijk werk vervult een brugfunctie tussen nulde- en eerstelijns en kan via praktische en psychosociale zorg een bijdrage leveren. De eerstelijnspsycholoog kan via gerichte psychotherapeutische interventies (denk aan geprotocolleerde behandelingen)

een aantal psychische stoornissen behandelen. De SPV kan vanuit de eerstelijns als 'casemanager' een centrale rol vervullen bij de opvang van langdurig zorgafhankelijke patiënten.

Leiden behandeling en zorg binnen de eerstelijns niet tot het gewenste effect omdat de problematiek of de behandeling te complex is, dan volgt verwijzing naar de tweedelijns-GGZ, die bij voorkeur is ondergebracht in het algemeen ziekenhuis. Kenmerkend voor deze tweedelijnszorg is haar transmuraal, curatief, multidisciplinair en kortdurend karakter. Behandeling is gericht op het opheffen van de stoornis of het reduceren van acute problematiek. Deels sluit een dergelijke werkwijze aan bij de aanpak van de PAAZ – verwijzing via en behandeling in aansluiting op de eerstelijns, transmurale en kortdurende zorg – en deels bij de MFE-aanpak: zorg wordt aselekt aangeboden (zonder onderscheid naar diagnostische groepen). Intramurale zorg in de tweedelijns moet aan een strakke tijdslijm worden gehouden; bijvoorbeeld zes weken of drie maanden. Dat sluit aan bij de behandelvisie van het algemeen ziekenhuis en voorkomt dichtsluibeffecten.

Voor een deel van de problematiek is het tweedelijnsaanbod onvoldoende effectief. In dat geval dient verwezen te worden naar de derdelijns categorale zorg. Soms betreft het specialistische vervolgbehandeling (bijv. op het gebied van eetstoornissen, vluchtelingenproblematiek of klinische psychotherapie), soms betreft het de zorg voor specifieke doelgroepen, die niet passen in de tweedelijns (bijv. forensische psychiatrie, verslaving of kinder- en jeugdproblematiek). Ook kan het zijn dat de tweedelijns wel voldoende effectief is geweest maar dat aparte zorg nodig is voor revalidatie, resocialisatie of reïntegratie. De derdelijnszorg heeft dan het karakter van een tussenvoorziening (revalidatiecentra maar ook tijdelijke woonvoorzieningen). Tenslotte heeft een deel van de derdelijnsvoorzieningen een permanente taak op het gebied van langdurige zorg voor mensen die niet in staat zijn terug te keren naar de samenleving (asyl- en verpleeghuisfunctie). Deze laatste derdelijnsvoorzieningen vormen in zekere zin een schakel tussen de nulde/eerstelijns en de tweedelijnszorg.

- *Kies voor getrapte zorg*

Een scherper onderscheid tussen echelons maakt niet alleen meer mensen verantwoordelijk voor de zorg voor de geestelijke gezondheid, het sluit ook direct aan bij een organisatie van de zorg volgens het beginsel van stepped care of getrapte zorg: bij gelijk effect verdient de minst invasieve behandeling de voorkeur. Daarbij wordt vervolgens verondersteld dat zorg en behandeling invasiever worden met het opklimmen van de echelons. Getrapte zorg betekent dus dat bij gelijk effect zorg in de nuldelijns de voorkeur geniet boven zorg in de eerstelijns, terwijl de zorg in de eerstelijns prioriteit krijgt boven die in de tweede lijn. Tenslotte heeft zorg in de tweedelijns weer voorrang boven zorg in de derdelijns.

Het beginsel van getrapte zorg sluit aan bij het onderscheid tussen niet-professionele versus professionele zorg, het onderscheid tussen welzijns- en gezondheidszorg en het onderscheid tussen generalistische en specialistische zorg. Getrapte zorg betekent in eerste instantie uitgaan van het helend vermogen van het individu zelf en diens directe sociale omgeving. Vervolgens betekent het dat een welzijnsaanpak bij gelijk effect de voorkeur geniet boven een geneeskundige ingreep. Uit onderzoek is bekend dat psychische problematiek meestal gekoppeld is aan psychosociale problematiek (Hodiamont, 1977). Het aanpakken van de psychosociale problematiek, nog voordat het gezondheidsprobleem object van medisch handelen wordt, is geen zwaktebod. Integendeel, nogal eens verdwijnt het (dreigend) gezondheidsprobleem door verandering en verbetering van omstandigheden. Getrapte zorg staat voor demedicalisering in de mate van het mogelijke.

Ten derde impliceert getrapte zorg dat generalistische behandeling (in de eerste lijn) de voorkeur geniet boven specialistische behandeling (tweede- en derdelijn). Dat is niet omdat generalistische zorg per definitie beter is, maar omdat de kans op negatieve bijeffecten toeneemt met specialisering van de zorg. Een dergelijke positiebepaling sluit overigens direct aan bij ontwikkelingen in de algemene gezondheidszorg, waar huisartsen met veel elan hun spilfunctie versterken en hun domein van deskundigheid verbreden. Vanuit dezelfde positiebepaling wordt vervolgens ook duidelijk dat interventies die zowel door specialist als generalist kunnen worden uitgevoerd, bij voorkeur door generalisten worden uitgevoerd. Een standaardbehandeling farmacotherapie bij een depressie kan beter door een deskundige huisarts dan door een psychiater worden uitgevoerd, en een geprotocolleerde cognitieve gedragstherapie beter door een eerstelijnspsycholoog (of arbo-psycholoog) dan door een klinisch psycholoog/psychotherapeut in de tweedelijjn.

Getrapte zorg impliceert vervolgens dat het aanbieden van specialistische derdelijnszorg pas in zicht komt als de tweedelijnszorg tekortschiet en er duidelijke aanwijzingen zijn dat een meer invasieve aanpak tot verbetering kan leiden. Dit deel van de derdelijn zou een topreferente functie moeten vervullen met duidelijke indicatiegebieden. Vooraf zou duidelijk moeten zijn welke doelen (tegen welke kosten en tijdsinspanning) in de derdelijn gerealiseerd kunnen worden. Bij de tweede groep van derdelijnsinstellingen gaat het zoals gezegd niet om een tekortschietende tweedelijjn, maar om het aanbieden van revalidatie en herintegratie. Ook deze zorg kan worden beschouwd als gespecialiseerde zorg, waarbij vooraf heldere doelstellingen en duidelijke indicatiegebieden bestaan. De derde groep van derdelijnsinstellingen, die langdurige zorg verleent aan patiënten die zich onmogelijk in de eigen woonomgeving kunnen handhaven, vraagt eveneens om een duidelijke taakomschrijving en domeinbeschrijving. Behandeling in strikte zin hoort niet thuis binnen deze instellingen; indien

behandeling is geïndiceerd, wordt deze vanuit eerste- of tweedelijns gerealiseerd. Omdat deze derdelijnsvoorzieningen een beschutte woonvoorziening aanbieden, bezitten ze ook kenmerken van nulde en eerstelijnsvoorzieningen. Getrapte zorg is niet alleen gebaseerd op het principe van de minst invasieve zorg bij gelijk effect, maar ook op het vermogen grenzen te stellen aan de zorg die binnen de verschillende echelons wordt geleverd. Dat is het meest duidelijk in de verhouding tussen eerste- en tweedelijns. Een goed functionerende nuldelijn kan veel, maar weet vooral wanneer een deskundig oog vereist is. Een optimale eerstelijnszorg beschikt over competente hulpverleners die vele soorten van zorg in de eerstelijns bieden, en over de deskundigheid beschikken om patiënten op tijd door te verwijzen of zelf de specialisten uit de tweedelijns te consulteren. Daarvoor is echter een hechte samenwerking tussen de echelons noodzakelijk.

- *Maak de samenwerking tussen de echelons zo hecht mogelijk*

Inpassing van geestelijke gezondheidszorg in de echelons van de welzijns- en algemene gezondheidszorg en het daarbij behorende beginsel van getrapte zorg mag niet leiden tot een splitsing van verantwoordelijkheden voor de zorg aan mensen met psychische problemen. Wenselijk is het tegendeel: maximale samenwerking tussen de echelons, waarbij de partijen gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor de geestelijke gezondheidszorg.

De analyses uit het vorige hoofdstuk laten zien dat samenwerking tussen nulde en eerste echelon noodzakelijk is voor optimale zorg in huis, in de wijk, op de school, etc. Alleen door gezamenlijke inspanning kan een aantal knelpunten in de zorg voor mensen in psychische nood worden opgelost. De cijfers uit hoofdstuk 2 maken vervolgens ook duidelijk hoe belangrijk samenwerking binnen de gezondheidszorg is. Een van de tweedelijns-GGZ geïsoleerde hulpverlener in de eerstelijns zal de zorg voor mensen met psychische problemen zo snel mogelijk 'doorgeven' aan zijn collega's in de tweedelijns. En vervolgens hebben tweedelijns-hulpverleners de neiging om cliënten helemaal 'over te nemen' waarbij zij de behandeling, zonder verdere bemoeienis van de eerstelijns ter hand nemen. Dit heeft tot gevolg dat de eerstelijns steeds minder behandelt en de tweedelijns geleidelijk overbelast raakt.

Alleen samenwerking kan dit patroon doorbreken. De tweedelijns-GGZ moet het als zijn directe opdracht zien om de patiënt zo lang mogelijk binnen de eerstelijns te laten. Via consultatie, na- en bijscholing, opstellen van richtlijnen en protocollen moet hij alles in het werk stellen om de eerstelijns-hulpverlener de behandeling te doen uitvoeren. Mocht verwijzing naar de tweedelijns vervolgens toch noodzakelijk zijn, dan dient de tweedelijns er voor te zorgen dat de eerstelijns-hulpverlener betrokken blijft bij de zorg. Dat kan bijvoorbeeld door de zorg te beperken tot een diagnostisch advies of de eerstelijns-hulpverlener te laten mee beslissen bij

behandelkeuzes. Vervolgens moet de tweedelij n zorgen dat de cliënt zo snel mogelijk wordt terugverwezen naar de eerstelij n. En ook dan nog hebben tweedelij nshulpverleners een taak bij het ondersteunen van de eerstelij n, zodat de zorg daar weer naar behoren kan worden overgenomen. Samenwerking betekent vervolgens ook dat hulpverleners uit de verschillende echelons altijd klaar staan voor hun collega's. Zo nemen de behandelmogelijkheden in de eerstelij n toe naarmate de tweedelij n betere garanties kan bieden voor directe vervolghulp. En op zijn beurt kan de tweedelij n zijn specialistische functie het beste waarmaken als zijn 'achterdeur' openstaat. Verstopping van de tweedelij n leidt nogal eens tot verkeerde-bed-problematiek en tot vervaging van doelstellingen. Transmurale zorgprogramma's kunnen een hulpmiddel zijn bij samenwerking tussen de echelons. Zorgprogramma's zetten hulpverleners en instellingen aan hun zorg expliciet te maken, zodat anderen daar kennis van kunnen nemen. En kennis van andermans deskundigheid is een absolute voorwaarde om van elkaar gebruik te maken. Vervolgens zijn transmurale zorgprogramma's ondenkbaar zonder afspraken over onderlinge samenwerking, verwijzing, etc. Daarmee kan zorg in de verschillende echelons op elkaar worden afgestemd en ontstaat een gezamenlijk programma waarmee de zorg voor specifieke groepen van cliënten in de regio vorm en inhoud krijgt. Een dergelijk programma zal dan ook een bijdrage leveren aan het formuleren van gezamenlijke verantwoordelijkheid op dit terrein.

- *Radicaliseer het onderscheid tussen openbare en individuele gezondheidszorg*

De huidige GGZ wordt ook door een andere dubbele opdracht getypeerd. Enerzijds is de GGZ er primair en vooral voor de zorg aan mensen met ernstig psychische problemen. Anderzijds heeft de GGZ een maatschappelijke taak; mensen die een gevaar voor anderen of voor zichzelf zijn, kunnen verplicht worden opgenomen. Dit ter bescherming van henzelf en de samenleving. Het probleem van dwang en drang verwijst naar deze fundamentele discussie: is de GGZ er voor de maatschappelijke orde en/of is de GGZ er voor mensen met een psychische stoornis. Toen de GGZ nog vooral een zorgfunctie had waren beide heren nog gezamenlijk te dienen en min of meer te verzoenen. Maar in de huidige GGZ is het maar de vraag of de taak van handhaver van maatschappelijke orde niet strijdig is met het curatieve karakter. Maatschappelijke orde vraagt dwang, zorg en behandeling is vooral mogelijk in situaties van vrije keuzes. De commissie vraagt zich af of deze dubbele opdracht aan de GGZ wel wenselijk is. Is het niet wenselijker een splitsing aan te brengen tussen de individuele en de openbare gezondheidszorg. De inrichting van de algemene gezondheidszorg laat zien dat dat mogelijk is. De taak van de openbare gezondheidszorg is opgedragen aan de GGD die daarvoor samenwerkt met alle echelons. De commissie adviseert de minister te onderzoeken in hoeverre splitsing van

openbare en individuele GGZ wenselijk cq. mogelijk is. Dat ligt niet alleen voor de hand in relatie tot de voorgestelde decategoralisering van de GGZ maar biedt mogelijk ook een uitweg uit de impasse zoals die op tal van plaatsen binnen en buiten de GGZ wordt gesignaleerd ten aanzien van patiënten met ernstige psychische stoornissen die iedere vorm van behandeling weigeren. Mogelijk kan de taak van de openbare GGZ gekoppeld worden aan de functie van de GGD. Deze herordening zou als bijkomend voordeel hebben dat vanuit de GGD het preventiebeleid ten aanzien van psychische ongezondheid een nieuwe impuls kan krijgen.

- *Tot slot: een fundamentele discussie over de GGZ*

De commissie is op grond van haar analyses tot de conclusie gekomen dat de additieve aanpak van geestelijke gezondheidszorg mede oorzaak is van de gesignaleerde onvrede over de GGZ en de afwachtende rol van andere partijen ten aanzien van het vraagstuk van geestelijke volksgezondheid. De commissie pleit dan ook voor een fundamentele discussie over het domein van de institutionele GGZ in samenhang met taken van andere professionele en niet-professionele zorgverleners.

Het is niet aan de commissie om deze discussie te organiseren en tot een goed eind te brengen. Wel heeft de commissie een proeve opgesteld voor zo'n radicale keuze, te weten: opgaan van de GGZ in de structuren van welzijns- en algemene gezondheidszorg. Deze proeve heeft het karakter van een globale ordening en is nog weinig uitgewerkt. Evenmin is deze proeve getoetst op de mate van realiseerbaarheid of is de vraag naar het draagvlak gesteld, laat staan beantwoord. Ook ontbreekt nog een uitwerking in de richting van de welzijnszorg en de reclassering.

De commissie hoopt dat deze proeve een mogelijk vertrekpunt kan zijn voor de noodzakelijk geachte discussie. De commissie pleit ervoor dat de landelijke overheid een centrale rol vervult in deze discussie. Ze zal de partijen moeten aanzetten tot het formuleren van standpunten, zij zal daarna het besluit moeten nemen en vervolgens de randvoorwaarden moeten creëren om dat beleid te effectueren. Daarmee zal het vraagstuk van geestelijke volksgezondheid een centraal beleidsthema worden in de komende regeringsperiode.

7 Conclusies en aanbevelingen

Eind 1999 stelde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevr. dr. E. Borst-Eilers deze landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid in. De commissie kreeg tot taak 'een analyse uit te voeren van de oorzaken die leiden tot een groeiende hulpvraag in de GGZ en aanbevelingen te doen over de wijze waarop zowel door de overheid als maatschappelijke organisaties kan worden bijgedragen aan verbetering van de geestelijke volksgezondheid' (Instellingsbesluit 9-11-1999).

De landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, hier kortweg aangeduid met 'de commissie', heeft deze globale opdracht vertaald in een zestal onderwerpen waarop zij analyses heeft uitgevoerd en haar advies baseert: eerst een verkenning van het begrip geestelijke volksgezondheid en vervolgens een analyse van de stijgende hulpvraag in de geestelijke gezondheidszorg. Daarna heeft zij gezocht naar de achterliggende verklaringen van die cijfers, mede in het licht van het vraagstuk van de geestelijke volksgezondheid. Vervolgens zijn verschillende maatschappelijke ontwikkelingen de revue gepasseerd en zijn de gevolgen daarvan op de geestelijke volksgezondheid in kaart gebracht. Uiteindelijk heeft de commissie een aantal transities binnen de geestelijke gezondheidszorg beschreven.

In dit slothoofdstuk vatten we de bevindingen van de commissie samen. Daarna brengen we deze bevindingen bijeen en formuleren we een aantal algemene conclusies. Dit hoofdstuk sluiten we af met aanbevelingen voor het beleid.

7.1 SAMENVATTING

Deze samenvatting volgt in grote lijnen de hoofdstukken uit dit advies. De subparagrafen (paragrafen 7.1.1 tot en met 7.1.6) corresponderen met de hoofdstukken van dit advies.

7.1.1 HET VRAAGSTUK VAN DE GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID

Het begrip geestelijke volksgezondheid is een vertaling van het Amerikaanse begrip 'mental health' en dateert uit de eerste helft van de XXe eeuw. Daar was rond de eeuwwisseling een beweging ontstaan gericht op verbetering van het lot van psychiatrische patiënten, zowel binnen als buiten de psychiatrische gestichten. In Nederland kreeg deze beweging veel aanhangers; ook hier leidde de zorg voor de lotgevallen van psychiatrische patiënten tot de oprichting van een beweging voor geestelijke volksgezondheid. Later verbreedde de beweging haar bemoeienis tot alle mensen binnen de samenleving waarbij de geestelijke gezondheid werd bedreigd. En zo groeide het vraagstuk van geestelijke volks-

gezondheid uiteindelijk uit tot een analyse van bevorderende en bedreigende factoren in de samenleving ten aanzien van de geestelijke gezondheid van de bevolking.

De beweging voor geestelijke volksgezondheid kende een hoogtepunt eind vijftiger en zestiger jaren van de vorige eeuw. De psychiater Cees Trimbos was er één van de leidende figuren van. Hij definieerde geestelijk volksgezondheid als het streven dat gericht was op een zodanige verbetering van de sociale verhoudingen en maatschappijstructuur, dat voor zoveel mogelijk mensen de voorwaarden voor geestelijk gezond leven zou worden geschapen. Dit betekende onder andere een gericht facetbeleid, gericht op vele beleidsterreinen die buiten de sfeer van de gezondheid vielen (arbeid, onderwijs, verkeer, huisvesting, sociale zaken). Ten behoeve van de geestelijke volksgezondheid stelde de beweging een heel politiek programma op. Daarin schuilde vervolgens ook de achilleshiel van de beweging: de morele en politieke wensen werden gepresenteerd onder de noemer van een min of meer objectief vast te stellen volksgezondheid, en dat laatste was allerminst het geval.

De commissie is dit probleem bij herhaling tegengekomen. Het vraagstuk van de geestelijke volksgezondheid laat zich niet eenduidig en waarde vrij definiëren. Doordat een eenduidige definitie van het begrip geestelijke volksgezondheid ontbreekt, laat het zich moeilijk eenduidig gebruiken als een toetsingskader voor maatschappelijke ontwikkelingen. Daarnaast geldt dat het vele onderzoek naar determinanten van individuele geestelijke gezondheid zich niet zomaar laat vertalen in aanbevelingen ten aanzien van geestelijke volksgezondheid. In naam van de geestelijke volksgezondheid kunnen allerlei wensen op tafel worden gelegd die, hoe nastrevenswaardig ook, eerder tot het domein van de moraal behoren dan tot dat van de geestelijk volksgezondheid. De commissie constateert dat dit tot op de dag van vandaag zeer regelmatig voorkomt. Daarbij kan het gaan om moreel verwerpelijke kwesties als kinderporno of om controversiële zaken als (gebrek aan) normen en waarden in de samenleving.

Deze bedenking laat onverlet dat de geestelijke volksgezondheid van de huidige samenleving een 'zorg van velen' is. De commissie heeft gesproken met een groot aantal vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties. Telkens bleek hoe groot de verontrusting was over de maatschappelijke ontwikkelingen. De ongerustheid bleek vervolgens ook uit de brieven die de commissie kreeg over een aantal maatschappelijke vraagstukken. De voorbeelden die de commissie onder ogen heeft gehad, laten aan duidelijkheid niets te wensen over. Drie thema's staan daarbij op de voorgrond: de samenleving stelt steeds hogere eisen aan het individu, in de intermenselijke verhoudingen ontstaat scheefgroei, en de beschikbare zorg voor mensen in nood schiet tekort. Die signalen moeten serieus worden genomen.

7.1.2 DE STIJGENDE HULPVRAAG

Een van de meest verontrustende signalen, zo vinden velen, is de sterk stijgende vraag naar geestelijke gezondheidszorg. Voor de minister heeft dit signaal de aanleiding gevormd voor het instellen van deze commissie. In haar ogen is een 'analyse van de oorzaken die leiden tot een groeiende hulpvraag in de GGZ' een van de centrale taken van de commissie.

In hoofdstuk 2 van dit rapport heeft de commissie de cijfers en ontwikkelingen met betrekking tot de groei van de hulpvraag op een rij gezet. Sinds 1980 is er inderdaad sprake van fors stijgende aanmeldingscijfers voor voorzieningen van geestelijke gezondheidszorg. De commissie komt daarbij tot de conclusie dat de stijging van aanmeldingscijfers niet zondermeer als bewijs van een verslechterde geestelijke volksgezondheid mag worden gezien. De stijging van de laatste jaren blijkt namelijk in belangrijke mate het gevolg van herinschrijvingen, samenhangend met de transmuralisering van zorg: een steeds grotere groep van patiënten wordt steeds vaker in verschillende instellingen ingeschreven. De toename van aanmeldingscijfers blijkt met andere woorden zeker ten dele een artefact van het overheidsbeleid dat gericht is op extra-muralisering van zorg. Daardoor neemt de gemiddelde opnameduur sterk af, maar wordt de kans groter dat patiënten vaker worden opgenomen en ook elders zorg ontvangen.

Daarnaast constateert de commissie dat de zorg voor mensen met psychische problematiek door de huisarts eerder af- dan toegenomen is. Ook hier geldt weer dat de interpretatie van deze cijfers problematisch is. Mogelijk is de huisarts inderdaad minder betrokken bij psychische problematiek, wellicht omdat mensen rechtstreeks aankloppen bij de GGZ, maar zeker is dat niet. Het kan ook zijn dat veranderende registratiesystemen bij de huisarts hieraan debet zijn. Met wat meer zekerheid heeft de commissie tenslotte geconstateerd dat psychosociale problemen steeds prominenter aanwezig zijn binnen het algemeen maatschappelijk werk. Ook heeft de praktijk van de eerstelijnspsychologen de afgelopen jaren een vlucht genomen.

Er zijn aanwijzingen dat in vergelijking met andere geïndustrialiseerde landen het voorkomen van psychische stoornissen in Nederland gemiddeld tot licht bovengemiddeld is, terwijl het gebruik van professionele zorg sterk bovengemiddeld is. Maar ook deze cijfers zijn allesbehalve duidelijk. Het meest waarschijnlijke is nog dat zij verwijzen naar verschuivingen in hulpzoekgedrag. Hoe het hulpzoekgedrag vervolgens samenhangt met het vóórkomen van psychische stoornissen in de bevolking is op basis van de cijfers nauwelijks te zeggen. Hoofdstuk 4 gaat daar nader op in. De conclusie op basis van de Nederlandse zorgconsumptiecijfers luidt: de minister hoeft zich niet per se grote zorgen te maken. Er is nauwelijks of geen reden de zorgconsumptiecijfers te zien als indicator voor een ongezonder

wordende samenleving. Dat betekent echter geenszins dat er geen problemen zijn. De volgende hoofdstukken zijn daaraan gewijd.

7.1.3 ZORGCONSUMPTIE EN GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID

In hoofdstuk 3 is de analyse toegespitst op de relatie tussen zorgconsumptie en het vraagstuk van de geestelijke volksgezondheid. Aan de hand van dezelfde consumptiecijfers heeft de commissie bij wijze van gedachteoefening een viertal scenario's over de relatie tussen zorgconsumptie en geestelijke volksgezondheid opgesteld. Deze scenario's hebben tot zeer verschillende interpretaties geleid over de geestelijke gezondheid van de bevolking. In de huidige literatuur domineren twee interpretatieschema's, hier aangeduid als de universaliteits- en de cultuurafhankelijkheidshypothese. De universalistische visie relativeert de bezorgdheid over geestelijke ongezondheid met een verwijzing naar de universaliteit van psychiatrische stoornissen en de geringe spreiding van incidentie- en prevalentiecijfers in een groot aantal westerse samenlevingen. Als er al meer mensen zijn die gebruik maken van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen dan is dat een gevolg van een andere omgang met ziekten. Aanhangers van de cultuurafhankelijkheidshypothese denken daar heel anders over. Zij constateren op basis van dezelfde cijfers een sterke toename aan ernstige psychische en sociale problematiek. Hulpverleners blijken met name ongerust over het geweld in het gezin en op straat en het onvermogen van groepen van mensen om een plaats te vinden binnen de maatschappij. Een van hun grote klachten is dat de professionele zorg voor steeds grotere groepen van burgers onbereikbaar wordt. De populariteit van deze hypothesen wisselt sterk met de zorgsector, en voor en tegen beide valt het nodige te zeggen. Binnen de tweedelijns-GGZ en dan met name binnen de academische psychiatrie overheerst thans de universaliteits-hypothese. Die past bij de neiging om zich terug te trekken op de kerntaken van de psychiatrie, dat wil zeggen op de ernstig psychiatrische ziektebeelden. De epidemiologie bevestigt dat deze ziekten nauwelijks plaats- en tijdgebonden zijn. De omgeving van de GGZ ervaart echter de gevolgen van een GGZ die steeds meer gericht is op patiënten die intensieve transmurale zorg behoeven en ziet de problematiek alsmaar groter worden. Daarbij gaat het niet zozeer over schizofrenie en andere zware psychiatrische stoornissen, als wel om allerlei vormen van psychosociale problematiek, uitbarstingen van agressie, sociale uitsluiting en dergelijke. In dat perspectief past de opvatting dat de samenleving grote invloed heeft op de geestelijke volksgezondheid. Beide hypothesen laten zich uiteindelijk vertalen in twee verschillende zelf-opvattingen van de samenleving, en daaraan gekoppeld andere consequenties ten aanzien van beleidsmogelijkheden en wensen. In de discussies over geestelijke volksgezondheid worden meestal de fundamentele verschillen tussen

beide benaderingen benadrukt. Dat leidt nogal eens tot controverses die niet altijd even vruchtbaar zijn. De ene partij benadrukt daarbij dat de samenleving steeds ongezonder wordt en de zorg in toenemende mate tekortschiet, de andere partij relativeert dat alles door te stellen dat uiteindelijk alles hetzelfde blijft. In beide benaderingen, zo oordeelt de commissie, is de wens de vader van de gedachte: men streeft naar een specifieke invulling van de zorg en interpreteert de cijfers in functie van dat streven. Zij die uitbreiding van zorg voorstaan, beargumenteren dit met cijfers van groeiende ongezondheid, terwijl zij die vinden dat de GGZ zich moet terugtrekken op haar kerntaken dezelfde cijfers gebruiken om te laten zien dat de samenleving helemaal niet ongezonder wordt. Deze patstelling heeft bij velen helaas tot een afwachtende en berustende houding geleid.

De commissie heeft getracht deze impasse te doorbreken. Zij heeft voor een andere aanpak gekozen door te focussen op de overeenkomsten tussen beide benaderingen en hun gemeenschappelijke zorgen. Beide varianten overlappen namelijk wel degelijk. Volgens de cultuurafhankelijken is de prevalentie van ziekte zelf gekoppeld aan de samenleving, volgens het universalistisch standpunt is dat niet het geval, maar worden wel de ziektebeleving en de ziekterol door de samenleving gedictieerd. Veranderingen in zorgconsumptie (zoals de toenemende zorgvraag, of verschuivingen van eerste naar tweede lijn of omgekeerd) verwijzen in beide benaderingen naar veranderingen in de samenleving. Centraal thema in dat verband is het veranderend verwachtingspatroon ten opzichte van de zorg: mensen verwachten dat de overheid hen van veel leed kan verlossen. De vraag is vervolgens hoe die veranderende verwachtingspatronen te verklaren zijn. Daarmee mondt de vraag naar de geestelijke volksgezondheid uit in een nadere analyse van sociaal-culturele ontwikkelingen.

7.1.4 INDIVIDU EN SAMENLEVING

In hoofdstuk 4 werd de analyse toegespitst op de veranderende relatie tussen individu en samenleving en de betekenis daarvan voor de geestelijke volksgezondheid. Aan de hand van cijfers van het Sociaal Cultureel Planbureau werden enkele dominante historische trends beschreven: individualisering enerzijds en mondialisering anderzijds. Voor beide geldt dat er grote consensus bestaat over de feitelijke trends, maar dat over de gevolgen daarvan op de geestelijke volksgezondheid veel discussie mogelijk is. Naast ieder mogelijk negatief effect kan een positief effect worden genoemd en omgekeerd. Sommigen zien de toekomst met vertrouwen tegemoet, anderen zijn uiterst somber over de beschreven trends.

Individualisering betreft een maatschappelijk proces van verzelfstandiging van de afzonderlijke mensen in de samenleving. Daarnaast verwijst individualisering

naar het ontwikkelingspsychologisch proces van groei van ieder individu van boreling tot volwassene en de groei van afhankelijkheid naar eigenheid en zelfstandigheid. Maatschappelijk gezien heeft dit tot een cultuur van individualisme geleid. Vaak wordt die ontwikkeling positief geduid: mensen hebben meer mogelijkheden tot zelfbepaling gekregen, er is een duidelijker onderscheid tussen het private en openbare leven gekomen en zelfontplooiing heeft een grotere waarde gekregen. Even zo vaak wordt deze ontwikkeling negatief geduid: een toenemend aantal mensen gaat zijn eigen weg en wenst zich niet meer te houden aan regelingen die in het algemeen belang zijn getroffen omdat ze niet meer stroken met het persoonlijk belang. Daarnaast kan nog een derde interpretatie worden onderscheiden, waarin individualisme wordt gezien als een dominante norm in de samenleving. Onze cultuur schrijft ons voor onszelf te zien als autonoom en vrij, en onszelf te beschouwen als verantwoordelijk voor ons eigen geluk en voor de realisering van onze persoonlijke doelen.

Mondialisering wordt hier gebruikt als tegenhanger en pendant van individualisering en heeft betrekking op de vergroting van de leefwereld als gevolg van de versnelling van processen van internationalisering. Algemeen wordt daarbij aangenomen dat mondialisering grote invloed heeft op de samenleving en de burgers. Hoe die invloed er precies uitziet, blijkt onderwerp van heftige polemieken. Mondialisering leidt volgens de een tot homogenisering: de wereld verandert in een 'global village' waarin mensen meer en meer met elkaar verbonden raken en meer op elkaar gaan lijken. Anderen zien het tegenovergestelde effect: de verschillen tussen mensen worden alleen maar groter. Deze verschillen worden zichtbaar in de verandering in samenstelling van de bevolking, in nieuwe vormen van arbeidsdeling binnen huishoudens, of in de opkomst van nieuwe samenlevingsvormen. Een vergelijkbare discussie wordt gevoerd over de gevolgen van mondialisering voor de sociale cohesie. De een ziet nieuwe transnationale loyaliteiten, de ander ziet vooral afbrokkeling van de klassieke dragers van verbondenheid: staat, kerk en andere instituties. De identificatie van de burger met grote systemen wordt daardoor vluchtiger. Ook zijn er allerlei gevolgen voor relaties en netwerken tussen mensen. In dat verband wordt vaak gewezen naar de opkomst van internet. Dit medium schept nieuwe mogelijkheden maar lijkt in de ogen van velen ook een verschralende werking op relaties te hebben. Een vierde thema dat in dit verband wordt beschreven, betreft de opkomst van de multiculturele samenleving. Ook hiervoor geldt dat gevolgen voor de geestelijke volksgezondheid zowel positief als negatief kunnen worden geduid.

Deze waaier aan mogelijke positieve en negatieve effecten hoeft in de ogen van de commissie niet tot een impasse te leiden. In plaats van het uitdiepen van de controverses kan de aandacht ook gericht worden op de grote lijnen en onderlinge samenhang. Zodra men individualisering en mondialisering als twee zijden

van dezelfde medaille beschouwt, wordt zichtbaar dat de grote veranderingen zich met name voordoen in de lokale leefwereld. Individualisering leidt tot minder strakke bindingsvormen tussen het individu en zijn directe lokale leefwereld, terwijl mondialisering de leefwereld verbreedt tot een globale wereld van netwerken. Deze ontwikkeling is te duiden als een proces van ontvlechting: de hechte structuur van de oude lokale leefwereld is in snel tempo plaats aan het maken voor een sterk bewegend netwerk van sociale relaties.

De ontvlechting van de traditionele leefwereld heeft positieve en negatieve gevolgen, ze biedt mogelijkheden maar impliceert ook nieuwe beperkingen. Telkens zal men echter erkennen dat die oude lokale leefwereld als vanzelfsprekend territorium waarbinnen het sociale leven zich voltrekt, aan belang heeft ingeboet. Dit heeft directe gevolgen voor de zorg aan mensen in problemen, die zich van oudsher binnen de lokale leefwereld voltrekt. Binnen de lokale samenleving werden problemen gesignaleerd en werd vervolgens naar oplossingen gezocht; er was zagezegd sprake van een collectieve verantwoordelijkheid. De ontvlechting van de leefwereld heeft ook tot een ontvlechting van de zorg geleid.

7.1.5 MAATSCHAPPELIJKE TRANSITIES IN RELATIE TOT ZORG

De geschetste ontwikkelingen op het gebied van individualisering en mondialisering hebben gevolgen voor alle segmenten van het maatschappelijk leven. In hoofdstuk 5 is de commissie nader ingegaan op de transitie die zich hebben voorgedaan op drie voor de geestelijke volksgezondheid relevante gebieden, te weten opvoeding, territoriaal milieu en arbeid. Aan elk van deze thema's is een aparte analyse gewijd.

De moderne opvoeding is in toenemende mate in het teken komen te staan van de ontplooiing van het individuele kind. Deze ontwikkeling heeft voor opgroeiende kinderen en jeugdigen tal van nieuwe mogelijkheden geschapen, maar tegelijkertijd lijken de problemen op het gebied van de opvoeding eerder toe- dan afgenomen te zijn. Veel van de problemen van jongeren – depressie, gebrek aan concentratie, agressie, vandalisme – worden in verband gebracht met een tekortschietende opvoeding. Die opvoeding vindt steeds vaker exclusief plaats in het gezin en op school. Veel oude kaders waarin volwassenen en kinderen elkaar ontmoetten en waarin tegelijkertijd de sociale omgeving een opvoedende bijdrage leverde, hebben de afgelopen decennia aan betekenis ingeboet of zijn verdwenen. In de opvoeding is, met andere woorden, een gat gevallen. De verantwoordelijkheid voor de opvoeding drukt daardoor in toenemende mate op de schouders van de ouders alleen, en in sommige gevallen is die verantwoordelijkheid te zwaar. De commissie zoekt de oplossing voor dit probleem niet in een uitbreiding van het aantal deskundigen dat de ouders ondersteunt. Zij acht het daarentegen raadzaam om te streven naar een versterking van de pedagogische infrastructuur, waarin

naast de ouders ook de familie, de buurt, het jeugd- en jongerenwerk, het verenigingsleven worden aangesproken op hun gedeelde opvoedingsverantwoordelijkheid.

Ook in het traditionele wijk- en buurtleven hebben zich ingrijpende veranderingen voorgedaan. De vanzelfsprekende uitwisseling van sociale steun die hier plaatsvond, is verdwenen, en zo ook de daarmee samenhangende sociale controle. Voor velen is deze ontwikkeling winst. Mensen hoeven zich niet meer door hun burens gecontroleerd te voelen, maar kunnen er in vrijheid toe overgaan al dan niet, veel of weinig met hen om te gaan. Maar deze vrijblijvendheid heeft ook een keerzijde. Ze is vooral aangenaam voor degenen die voor hun sociale contacten niet afhankelijk zijn van de buurt. Het nieuwe buurtregime is veel minder positief voor de mensen voor wie een zelfstandig leven een opgave is en die niet goed (meer) in staat zijn voor zichzelf te zorgen, onder wie ook psychiatrische en ex-psychiatrische patiënten. Toch krijgt in de GGZ juist de wijk een cruciale rol toebedeeld in het beleid van extramuralisering en vermaatschappelijking. Dit beleid heeft een instroom van problematische, (ex-)psychiatrische patiënten op gang gebracht naar toch al zwakke wijken. Het is zeer de vraag of deze de juiste omgeving vormen voor de verlangde maatschappelijke integratie van patiënten. In wijken en buurten is het vooral zaak om de samenwerkingsrelaties te verbeteren tussen de GGZ en algemene voorzieningen en tussen professionele hulpverlening en mantelzorg. De derde en laatste leefwereld die de commissie onder de loep neemt is die van de arbeid. Net als in de opvoeding en in het territoriaal milieu hebben zich op dit vlak ontwikkelingen voorgedaan die voor individuele mensen nieuwe vrijheden en kansen hebben geschapen. De moderne arbeidssituatie heeft de kwaliteit van de arbeid verhoogd en biedt vele nieuwe ontplooiingsmogelijkheden. Daartegenover staat een onrustbarend hoog aantal uitvallers, met name in de categorie 'psychische arbeidsongeschiktheid'. Over de achtergronden hiervan is weinig bekend. Een uitbreiding van het werkterrein van de GGZ en een versterking van de zorg voor individuele gevallen is in de ogen van de commissie geestelijke Volksgezondheid niet, of althans niet alleen, de aangewezen weg om het probleem van de psychische stoornissen in de arbeidsorganisatie tot een oplossing te brengen. Een belangrijk knelpunt bij de reïntegratie van verzuimers en arbeidsongeschikten is het ontbreken van de stem van de cliënt. Het huidige beleid is uitsluitend gericht op het bedenken en ontwikkelen van maatregelen en prikkels, die werkgevers en werknemers ertoe kunnen brengen om de uitstoot uit het arbeidsproces en opname in de WAO te verminderen, zonder de stem van de werknemer te horen. De commissie stelt zich op het standpunt dat reïntegratie alleen kans van slagen heeft als de potenties en het arbeidsperspectief van de individuele cliënt centraal komen te staan.

Op alle drie de terreinen springt in het oog dat de recente ontwikkelingen een tweeslachtig karakter hebben. Om te beginnen zijn zij positief te interpreteren.

Ontwikkelingen in het gezinsleven en het opvoedingsklimaat dragen er samen met de toegenomen welvaart toe bij dat voor de huidige generatie opgroeiende kinderen het leven in veel opzichten gemakkelijker is geworden dan voor hun voorgangers. Veranderingen in de wijken hebben mensen de kans gegeven hun eigen leven te leiden zonder met de afkeuring van hun burens te worden geconfronteerd. En de ontwikkeling van de moderne arbeidssituatie heeft de kwaliteit van de arbeid verhoogd en heeft voor velen nieuwe ontplooiingskansen gecreëerd. Dat is één kant van de medaille. Maar tegenover de nieuwe vormen van vrijheid staan nieuwe vormen van belasting, die samenhangen met dezelfde maatschappelijke veranderingen. Iedere maatschappelijke orde, elk systeem, kent zijn eigen uitvallers. Dat is een constante. Wat met de tijd varieert, zijn de kwetsbare groepen; die van vandaag zijn niet meer dezelfde als die van gisteren. Op elk van de genoemde deelterreinen doemen dus ook nieuwe problemen op. In jeugdland komt het gezin als opvoedingseenheid geïsoleerd te staan en zijn nieuwe categorieën probleemjongeren aan te wijzen. In veel wijken worden de bewoners geconfronteerd met (ex-)psychiatrische patiënten en hun haperende ‘vermaatschappelijking’. Wat betreft de arbeidssituatie kent Nederland een onrustbarend hoog aantal uitvallers op psychische gronden, de psychisch arbeidsongeschikten. De remedie voor deze problemen moet niet automatisch gezocht worden in een verdere medicalisering. De commissie pleit ervoor de problemen niet uit hun omgeving te lichten, apart te zetten en te behandelen in de spreekkamer van de professionele hulpverlener, maar aan te pakken in de context waarin ze zich voordoen en op een wijze die aansluit bij die context. Op het terrein van de opvoeding betekent dat vooral een versterking van de sociaal-pedagogische infrastructuur rond het gezin. In wijken en buurten gaat het erom de samenwerkingsrelaties te verbeteren tussen de GGZ en algemene voorzieningen en tussen professionele hulpverlening en mantelzorg. Wat betreft het psychisch ziekteverzuim staat de commissie een verzuim- en reïntegratiebeleid voor ogen in de arbeidssituatie zelf. Dat heeft grote consequenties voor zowel de individuele cliënt, zijn directe collega's als de werkgever.

7.1.6 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

In hoofdstuk 6 is ten slotte de rol van de professionele GGZ beschreven. Daarbij wordt gebruik gemaakt van het in hoofdstuk 3 gemaakte onderscheid in drie typen van cliënten – de cliënt met ernstig acute problematiek, cliënten met een chronisch psychiatrische aandoening en cliënten met problematiek van meer voorbijgaande aard. De eerste groep, de cliënten met ernstig acute problematiek, vormt op dit moment het hart van de GGZ. Voor hen is het concept van transmurale zorg ontwikkeld. In de regel volstaat voor hier ambulante zorg, maar zo nodig kan deeltijdbehandeling of klinische opname worden overwogen. Vaak

wordt ook een combinatie van behandelingen toegepast (transmurale zorg). De GGZ heeft hier het karakter van een tweedelijns specialistische voorziening voor geestelijke gezondheidszorg. Discussie over deze taken van de GGZ is er nauwelijks. Overigens bestaat het onderscheid tussen deze patiëntengroep en de andere twee groepen voornamelijk uit het crisiskarakter van de problematiek. Bij de ene groep zijn de problemen in 'de remissie' (langdurig zorgafhankelijke), bij de andere groep wordt het dagelijks leven niet dermate verstoord dat sprake is van een crisis.

Rondom de zorg aan langdurig zorgafhankelijke cliënten constateert de commissie een dubbele benadering. Enerzijds streeft de GGZ naar vermaatschappelijking waarbij niet alleen de cliënt maar ook de zorg wordt verplaatst naar de wijk en onderdeel wordt van de reguliere zorg van de verschillende lokale aanbieders, waaronder de woningcoöperaties, de thuiszorg, maatschappelijke opvang, etc. Anderzijds houdt de GGZ vast aan een categorale aanpak waarbij zijzelf de zorg aanbiedt of de uiteindelijke regie behoudt voor het totale zorgaanbod. Vermaatschappelijking betekent in het ene geval dat de zorg vermaatschappelijkt en in het andere geval dat de GGZ vermaatschappelijkt.

Ook ten aanzien van de derde cliëntengroep, de tijdelijk zorggebruikers, heeft de commissie een dubbele aanpak geconstateerd. In het verlengde van de dominante aanpak uit de jaren tachtig ziet de GGZ zich als hoofdaanbieder van zorg aan deze cliënten. Daarvoor moeten de drempels voor die zorg laag zijn en de toegankelijkheid van die zorg groot: een ieder met psychische problematiek moet snel en adequaat door de GGZ worden geholpen. Tegelijkertijd opteren anderen binnen de GGZ voor een specialistische tweedelijns functie. Zorg wordt pas aangeboden na verwijzing uit de eerstelijns, er vindt uitvoerige diagnostiek plaats, de psychiater profileert zich als playing captain van het multidisciplinaire team en als medisch specialist temidden van zijn somatische collega's. Uitgangspunt van deze specialistische aanpak is dat de GGZ pas in actie komt als blijkt dat de zorg in de eerste lijn onvoldoende resultaat heeft opgeleverd.

De commissie constateert dat er binnen de GGZ geen duidelijke keuze wordt gemaakt voor de een of andere aanpak maar er veeleer sprake is van een additieve benadering. Die additieve benadering heeft als nadeel dat zij resulteert in veel onduidelijkheid over wie in de samenleving (mede) verantwoordelijk is voor de zorg aan cliënten met een psychische stoornis. Dit probleem van de GGZ, zo constateert de commissie vervolgens, is uiteindelijk een probleem waarbij vele partijen betrokken zijn, die evenals de GGZ op korte termijn baat lijken te hebben bij het niet maken van keuzes. De gesignaleerde onvrede in de samenleving en de zorg zelf maken echter duidelijk dat gebrek aan keuzes op lange termijn fnuikend is. Ten slotte zo oordeelt de commissie, kan dit probleem onmogelijk alleen door de GGZ worden opgelost. De overheid zou in deze een initiërende en coördinerende functie moeten vervullen.

Mede op grond van de bevindingen in eerdere hoofdstukken is de commissie tot de conclusie gekomen dat een radicale keuze ten gunste van decategoralisering van de GGZ wenselijk is. Aansluiting bij de structuren van de welzijns- en gezondheidszorg maakt duidelijk dat geestelijke gezondheidszorg een zaak van velen is en dus niet kan worden voorbehouden aan speciaal daartoe opgeleide hulpverleners. Kiezen voor decategoralisering betekent vervolgens ook dat in aansluiting op ontwikkelingen binnen de algemene gezondheidszorg wordt gekozen voor stepped care of getrapte zorg. Dat betekent, in vergelijking met nu, meer aandacht voor zorg binnen de context waarin de problemen zich voordoen (het gezin, de wijk, de school, de arbeidssituatie), versterking van de generalistische zorg, onderbrengen van de specialistische zorg in het algemeen ziekenhuis, en helder onderscheiden sub- of superspecialistische voorzieningen (toppreferente klinieken, revalidatie en langdurige verpleging/zorg). Decategoralisering betekent vervolgens ook veel hechtere samenwerkingsrelaties tussen de zorgstructuren en een groeiend besef van de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid ten aanzien van zorg voor de geestelijke gezondheid. Ten slotte heeft de commissie voorgesteld ook de functie van openbare en individuele geestelijke gezondheidszorg uit elkaar te halen. Dat is wellicht mogelijk door de openbare geestelijke gezondheidszorg onder te brengen bij de GGD.

7.2 SLOTBESCHOUWING

In opdracht van de minister heeft de landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid een analyse gemaakt van de verschijnselen en factoren die een belemmerende invloed lijken te hebben op de geestelijke volksgezondheid in Nederland. Hierboven zijn de belangrijkste bevindingen van de commissie samengevat. Ook zijn hier en daar aanzetten geformuleerd tot het ontwikkelen van inzichten en ideeën die kunnen leiden tot een substantiële verhoging van de maatschappelijke effecten van de geestelijke gezondheidszorg en andere zorgsystemen. In deze slotbeschouwing wil de commissie deze inzichten bijeenbrengen en uitwerken tot een aantal conclusies.

7.2.1 DE STAAT VAN DE GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID

De commissie heeft vastgesteld dat de toename van het aantal aanmeldingen binnen de GGZ groter is dan op basis van de incidentie- en prevalentiecijfers van psychiatrische ziekten zou mogen worden verwacht. Als deze cijfers al iets zeggen over het peil van de geestelijke volksgezondheid, dan is dat, dat er geen reden is tot ongerustheid. De commissie heeft echter moeten constateren dat een directe koppeling van de toegenomen hulpvraag in de geestelijke gezondheidszorg aan de toestand van de geestelijke volksgezondheid bijna vanzelfsprekendheid wordt

gelegd. Dat is niet terecht. Cijfers van zorgconsumptie in de GGZ kunnen niet als directe indicator worden beschouwd van de geestelijke volksgezondheid.

Bovendien, zo constateert de commissie, hangt de toename van zorgconsumptie direct samen met het gevoerde beleid inzake extramuralisering van langdurig zorgafhankelijke patiënten.

Een vergelijkbare analyse is mogelijk ten aanzien van de opvatting dat geestelijke volksgezondheid zich laat aflezen uit cijfers over het voorkomen van psychische stoornissen in de bevolking. Hoe belangrijk en zinvol deze cijfers ook zijn, zij geven slechts een beperkt en gefilterd beeld van de geestelijke gezondheid van de bevolking. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit, dat van de driehonderdduizend arbeidsongeschikten op psychische gronden slechts een zeer beperkt deel lijdt aan een psychische stoornis, zoals gedefinieerd in de standaard diagnostische classificatiesystemen.

Evenmin is de stelling houdbaar dat geestelijke volksgezondheid zich laat herleiden tot de optelsom van de gezondheid van de burgers. Individueel ziekteverzuim laat zich nog redelijk voorspellen door factoren als kwetsbaarheid en stress, maar het landelijk cijfer van ziekteverzuim lijkt in het geheel niet samen te hangen met deze factoren. Ook geldt nogal eens dat wat goed is voor het individu, niet goed is voor het collectief. Een chronisch psychiatrische patiënt met vallen en opstaan leren zelfstandig te wonen, kan op de buurt een nare en misschien zelfs ongezonde uitwerking hebben. Het vraagstuk van de geestelijke volksgezondheid laat zich met andere woorden slechts in zeer beperkte mate beschrijven in de nomenclatuur en de logica van kennisdomeinen als psychiatrie en klinische psychologie.

Tegenover de reductie van geestelijke volksgezondheid tot geestelijke gezondheidszorg staat een al even problematische verbreding van het begrip tot iedere vorm van onbehagen binnen de samenleving. De hoeveelheid geweld op straat of binnen het gezin, het aantal werklozen, dak- en thuislozen, of de omvang van het spijbelen op scholen zijn misschien in indirecte zin wel verbonden met het vraagstuk van geestelijke volksgezondheid, maar verwijzen toch vooral naar opvattingen over een ideale samenleving. En die opvattingen hebben meer met een politieke en morele stellingname te maken dan met de volksgezondheid. Op grond van deze bevindingen concludeert de commissie ten eerste dat de analyse van geestelijke volksgezondheid zich moeilijk laat vertalen in heldere en eenduidige conclusies. Daarvoor spelen teveel fundamentele conceptuele en methodologische problemen en ontbreekt het aan kennis over geestelijke volksgezondheid. Er zijn wel veel opvattingen over ziekmakende ontwikkelingen in de samenleving maar empirisch bewijs voor die opvattingen ontbreekt nagenoeg volledig, met tal van controverses tot gevolg. Deze worden sterker door politieke opvattingen gevoed dan door wetenschappelijke kennis over geestelijke volksgezondheid. Ook binnen de commissie, waar deze onderwerpen uitvoerig zijn

besproken, bestaat geen eensgezindheid. Gevolg daarvan is dat de commissie slechts in zeer beperkte mate conclusies heeft geformuleerd over gezonde of ongezonde ontwikkelingen in de samenleving. Tegelijkertijd is de commissie van oordeel dat het ontbreken van deze conclusies niet mag leiden tot het vermijden van reflectie over geestelijke volksgezondheid. Daarvoor bestaat er te veel onrust in de samenleving en zijn er te veel aanwijzingen dat sommige ontwikkelingen een ongunstige invloed uitoefenen op de geestelijke volksgezondheid. De discussie over geestelijke volksgezondheid en de mogelijke effecten van maatschappelijke ontwikkelingen vragen eerder meer dan minder aandacht. Daarom pleit de commissie voor een herwaardering van de studie naar geestelijke volksgezondheid. Het onderzoek hiernaar vraagt in ieder geval een multidisciplinaire aanpak, waarbij naast artsen en psychologen ook epidemiologen, sociologen, politicologen en filosofen een bijdrage dienen te leveren. Ook verdient het aanbeveling het RIVM opdracht te geven in hun jaarlijkse rapportages over de volksgezondheid toekomstverkenningen naast een hoofdstuk over psychische stoornissen in de bevolking een apart hoofdstuk over geestelijke volksgezondheid op te nemen. Daarin zouden ook cijfers moeten worden opgenomen over het voorkomen van gebeurtenissen, ontwikkelingen en factoren die te beschouwen zijn als indicator van de geestelijke volksgezondheid. Daarbij denkt de commissie aan cijfers over (seksueel) geweld, kindermishandeling, suicide, WAO, psychisch ziekteverzuim, dak- en thuislozen, maar ook cijfers over het aantal meldingen bij de bureaus jeugdzorg, het algemeen maatschappelijk werk, etc. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van de nieuwe mogelijkheden van ICT.

7.2.2 VAN GEZONDHEID NAAR ZORG

Met de erkenning dat eenduidige uitspraken over toe- of afname van geestelijke volksgezondheid onmogelijk zijn, ontstaat aandacht voor een ander aspect van geestelijke volksgezondheid, namelijk dat van de zorg. De commissie constateert dat tal van ontwikkelingen in de samenleving grote gevolgen hebben voor de inrichting van de zorg. Een voorbeeld daarvan betreft de beschreven veranderingen in het gebruik van geestelijke gezondheidszorg: tegenover de uitbreiding van de tweedelijnszorg heeft een beperking plaatsgevonden van de eerstelijnszorg. Ook de in hoofdstuk 3 beschreven groeiende afstand tussen het welzijnswerk en de geestelijke gezondheidszorg is hiervan een voorbeeld.

De commissie heeft vooral aandacht besteed aan de gevolgen van macro-ontwikkelingen zoals individualisering en mondialisering op de inrichting van de zorg. Beide processen versterken de al veel langer bestaande ontvlechting van de lokale leefwereld en het ontstaan van nieuwe individuele netwerken. In de vroegere lokale netwerken lag het sociale leven veel sterker vast en waren de

rollen van mensen min of meer gegeven. Er was een structuur die maakte dat de ouderen voor de jongeren zorgden en kinderen later weer voor hun ouders. Daarbij kregen ze praktische en morele ondersteuning, tegelijkertijd werden ze voortdurend bijgestuurd en zo nodig 'onder curatele' gesteld. De oude lokale leefwereld was veilig en zorgzaam, correctief en sturend, maar ook marginaliserend, disciplinerend en soms en voor sommigen verstikkend. Zorg en sociale controle waren de twee kanten van dezelfde medaille. In de nieuwe individuele netwerken zijn de rollen van zorg en opvoeding veel minder dwingend geregeld en zijn meer mensen, op grotere afstand, bij de zorg betrokken. De combinatie heeft tal van voordelen: er is meer variatie mogelijk en meer ruimte voor individuele keuzes. Problemen ontstaan wanneer de samenhang verdwijnt of de netwerken verschrompelen. En naarmate zorgbehoevenden en hun directe omgeving minder in staat zijn hun eigen zorg te organiseren of coördineren, neemt de kans toe dat zij tussen de wal en het schip belanden.

Deze ontwikkelingen laten zich in alle segmenten van het maatschappelijk leven voelen, zeker ook bij de problematiek rond allochtonen, rond gezin en opvoeding, arbeid en ziekte en vermaatschappelijking. Telkens constateert de commissie als gevolg van transities in zorgarrangementen nieuwe mogelijkheden en tegelijkertijd ook bedreigingen. De commissie ziet tekenen van ontvlechting van het zorgweb bij sommige groepen allochtonen, hier en daar groeiende gaten in de opvoeding, signalen van een territoriale context die niet (langer) zorg en veiligheid kan bieden, en aanwijzingen van groeiende problemen rondom zorg voor elkaar binnen de arbeidssetting. De commissie is daarbij niet geneigd tot pessimisme. Zij erkent echter wel dat het in sommige kringen gekoesterde 'onbehagen in de cultuur' mogelijk samenhangt met de tol die deze transities eisen. Ook erkent de commissie dat het zoeken naar nieuwe zorgarrangementen dringend is gewenst, wil er geen situatie ontstaan die 'een belemmerende invloed heeft op de geestelijke volksgezondheid'.

Met de verschuiving van de focus van ongezondheid naar zorg heeft de commissie een aantal factoren benoemd en beschreven die dringend aandacht vragen in het kader van de geestelijke volksgezondheid. De commissie concludeert dat een opnieuw doordenken van zorgarrangementen dringend is gewenst. Problemen ontstaan daar waar de eigen inbreng van zorgbehoevenden in hun directe omgeving beperkt is of afneemt en de zorgcontext onvoldoende hecht is om daar zelf een antwoord op te formuleren. Verdere 'ontvlechting' dreigt, met als risico dat er meer gaten in de zorg vallen. De commissie stelt daarom een andere organisatie van zorg voor, die veel meer geënt is op de context waarin de problemen zich voordoen.

7.2.3 CONTEXT

De constatering van ontvlechting van de zorg is niet nieuw. Een tijdlang is ze zelfs bewust nagestreefd. Sommige lokale verbanden zijn zo hecht dat ze verstikken werken en sommige problemen aan het zicht onttrekken. Door ontvlechting kan dan nieuwe ruimte ontstaan, bijvoorbeeld door de inrichting van een professionele ambulante geestelijke gezondheidszorg. Met Van Dantzig is de commissie van oordeel dat deze, en dan met name de Riagg, ertoe heeft bijgedragen dat een einde is gekomen aan de vanzelfsprekendheid om sommige ernstige problemen onbenoemd en onbehandeld te laten. Deze emancipatie van psychische problemen wordt algemeen als een groot goed beschouwd. Met de opkomst van de Riagg en vervolgens de integratie van de verschillende GGZ-voorzieningen is de GGZ geleidelijk steeds meer gaan werken volgens een medisch-specialistische aanpak. Er is meer uniformiteit gekomen in de diagnostiek en er is vervolgens meer oog gekomen voor effectieve interventies die bij voorkeur in protocollen zijn vast te leggen. Gevolg is dat problemen zo worden geïnterpreteerd dat ze te verklaren en te behandelen zijn los van de context waarin zij zich voordoen. Deze werkwijze werkt met andere woorden decontextualiserend. Een bijeffect van deze benadering is dat de GGZ geleidelijk het alleenrecht van behandeling heeft gekregen. Alleen al het vermoeden dat iemand in zorg is bij de GGZ doet anderen een stap terugzetten. Anderen beschouwen zich per definitie minder kundig en zijn daarom geneigd hun handen van deze problemen af te trekken.

De commissie is niet alleen van oordeel dat deze decontextualiserende zorgbenadering de hierboven gesignaleerde ontvlechting van lokale leefwerelden versterkt, maar bovenal in slechts zeer beperkte mate een antwoord kan geven op de zorgproblemen die als gevolg van ontvlechting binnen specifieke contexten ontstaan. Dat laat zich het beste illustreren aan de hand van de arbeidsgebonden psychische problemen. Zowel de door de GGZ ontwikkelde diagnostiek als de behandeling heeft tot direct gevolg dat problemen uit hun context worden gelicht: klachten worden tot symptomen van psychische stoornissen, en therapieën zijn vooral gericht op reductie van deze klachten. De commissie-Donner heeft gewezen op de beperkingen van deze aanpak; mensen komen er niet door aan het werk. Daarom pleit zij juist voor een 'contextuele' aanpak, waarbij de problemen binnen de arbeidssituatie worden aangepakt en zo mogelijk opgelost.

Ook deze commissie is tot de conclusie gekomen dat een te vroege decontextualisering van problemen niet bijdraagt aan hun oplossing. Zij beveelt aan om nieuwe contextuele zorgvormen te ontwikkelen. Om te begrijpen wat de commissie hiermee bedoelt is een verwijzing op haar plaats naar de vroegere praktijk van het opbouwwerk en naar de systeemtherapie. De oorspronkelijke

werkwijze van het opbouwwerk was gericht op het verbeteren van de samenhang tussen mensen en hun (woon)omgeving. Dat was een interdisciplinaire werkwijze met een eigen body of knowledge en een eigen methodiek. Hetzelfde geldt voor de systeemtherapie, die uitgaat van het systeem als een kader, waarin de genese en de genezing van psychische problemen kan worden begrepen. De systeemtherapie richt zich op het individu in relatie met zijn primaire omgeving, het gezin of de familiegroep. Zij zoekt haar oplossingen in die relatie, in de interactie tussen het systeem en degenen die daartoe behoren. Ook binnen de GGZ zijn voorbeelden van een contextualiserende aanpak te vinden. De vroegere sociale psychiatrie kenmerkte zich erdoor (Van Londen, 2000), terwijl ook een aantal nieuwe vormen van arbeidsrehabilitatie en het opzetten van maatschappelijke steunsystemen het predicaat contextueel verdienen. De commissie zou dergelijke benaderingen ook willen bepleiten voor andere contexten waarin zich problemen voordoen, zoals het werk, de pedagogische situatie en het territoriale milieu. In dit rapport is een globale aanzet uitgewerkt voor verzuim en uitval in de arbeidssituatie. De commissie is hierbij op het probleem gestuit, dat een passend profiel voor de hier bedoelde manier van werken en een daarbij passend opleidings- en beroepsprofiel ontbreekt. De commissie ziet hierin een taak voor het CONO weggelegd. Daarbij zou in eerste instantie gekeken kunnen worden naar het opleidingsprofiel van agogische beroepen in de gezondheidszorg en vervolgens naar dat van de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.

Met dit pleidooi voor contextuele zorg volgt de commissie de constatering van de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (2001) dat als gevolg van bezuinigingen in de jaren tachtig vele hulpverleners in het jeugd- en jongerenwerk uit de buurt zijn verdwenen. Volgens de commissie geldt dit voor meer contextueel werkende hulpverleners. Met hen is ook veel vrijwilligerswerk daaromheen opgehouden te bestaan. En in het gat dat zo gevallen is, zijn geen of onvoldoende (commerciële) partijen gedoken. Ook deelt de commissie het oordeel van de Raad dat het een illusie is te denken dat daar waar vormen van formele solidariteit verdwijnen automatisch informele vormen ontstaan. De commissie concludeert dan ook dat de overheid het voortouw moet nemen in het herstel van contextueel werkende hulpverleners. Daarbij zal opnieuw gekeken moeten worden naar opleidingsprofielen en is een andere ordening van de welzijns- en geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk.

7.2.4 VERBREIDING EN INPERKING VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

In lokale leefwerelden zijn ten behoeve van de zorg voor de geestelijke (volks)gezondheid nieuwe vormen van contextuele zorgverlening dringend gewenst. Die zorgverlening moet worden ontwikkeld en vraagt een andere

deskundigheid dan de specialistische GGZ kan bieden. Daarmee erkent de commissie dat de zorg voor de geestelijke gezondheid het domein van de institutionele GGZ overstijgt. Die erkenning heeft twee kanten: de institutionele GGZ kan onmogelijk alleen verantwoordelijk worden gehouden voor de problemen die zich op terrein van de geestelijke gezondheid voordoen, maar ook: een categorale organisatie van de geestelijke gezondheidszorg is uiteindelijk houdbaar noch wenselijk. Tot een vergelijkbare conclusie is de commissie in hoofdstuk 6 gekomen over de inrichting van de institutionele geestelijke gezondheidszorg.

Met het samengaan van verschillende instellingen voor geestelijke gezondheidszorg is de afgelopen jaren nogal eens de suggestie gewekt dat de GGZ een categorale voorziening is voor alle mensen in psychische nood. Tegelijkertijd heeft de GGZ zich ontwikkeld in de richting van tweedelijns specialistische zorg, en daarmee de zorg toegespitst op mensen die in de generalistische eerstelijns onvoldoende kunnen worden geholpen. In hoofdstuk 6 heeft de commissie dit samengaan van categorale en specialistische zorg een additieve aanpak genoemd. Deze additieve aanpak heeft in de tegenwoordige tijd meer na- dan voordelen, onder andere omdat zij veel onduidelijkheid oplevert over de taken en het domein van de institutionele GGZ. De commissie heeft in dat verband voorgesteld radicaal te breken met deze additieve aanpak en te opteren voor een model waarbij de zorg voor geestelijke gezondheid wordt gehecht aan voorzieningen voor welzijns- en algemene gezondheidszorg. De huidige institutionele GGZ verliest dan haar eigenstandig karakter en zal met name worden ingepast in tweede- en derdelijns-voorzieningen. Tegelijkertijd stelt de commissie voor een aantal taken onder te brengen in de generalistische zorg.

Met het voorstel van decategoralisering volgt en radicaliseert de commissie de aanbevelingen over de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg van de Raad voor de Volkgezondheid en Zorg uit 1998 en 2000. Voor een uitgebreide beschrijving van het voorstel van de commissie verwijzen wij naar de conclusies uit hoofdstuk 6, hier volstaan wij met enkele hoofdlijnen.

Decategoralisering betekent ten eerste een principiële erkenning dat de zorg voor de geestelijke gezondheid niet kan worden beperkt tot één type voorziening, te weten de institutionele GGZ. Deze zorg moet veel breder worden gedragen.

Ten tweede betekent dit voorstel dat de zorg voor de geestelijke gezondheid wordt gehecht aan voorzieningen voor welzijns- en algemene gezondheidszorg. De zorg voor de geestelijke volksgezondheid moet integraal deel uitmaken van wat nu nog nulde-, eerste-, tweede- en derdelijnszorg wordt genoemd. Dat wil zeggen: de bestaande welzijns- en algemene gezondheidsvoorzieningen moeten hun taken uitbreiden naar de geestelijke gezondheidszorg. De nuldelijn is het directe informele zorgsysteem (het gezin, de buurt, lotgenoten, de school), de eerstelijns is gecentreerd rond de huisartsenpraktijk met daaraan verbonden de

maatschappelijk werker, de eerstelijnspsycholoog en volgens onze aanbevelingen in hoofdstuk 6 ook de sociaal psychiatrische verpleegkundige (SPV). De tweede lijn wordt gedomineerd door het algemeen ziekenhuis, waar kortdurende intensieve en transmurale zorg wordt aangeboden. Ten slotte de derdelijn: hierin zijn tal van categorale voorzieningen opgenomen: gespecialiseerde klinieken, beschermende woonvormen en verpleeghuizen, alsmede revalidatiecentra. De inrichting van de algemene gezondheidszorg, zo stelt de commissie voor, wordt dus het leidend ordeningsprincipe voor de zorg voor de geestelijke gezondheid. De commissie erkent daarmee dat de aard, de soort en de aanpak van de zorg gekoppeld moet zijn aan de plaats waar zij wordt aangeboden. Daarnaast stelt de commissie voor om de bestaande voorzieningen binnen deze echelons verantwoordelijkheid te geven voor algemene en geestelijke gezondheidszorg. De commissie is zich ervan bewust dat het ordeningsprincipe van de echelons nog in discussie is. Een vertaling in de vorm van functies in plaats van structuren ligt in de lijn der verwachtingen.

Ten derde betekent dit voorstel dat het beginsel van getrapte zorg (stepped care) ook integraal wordt toegepast bij de zorg voor de geestelijke gezondheid: bij gelijk effect verdient de minst invasieve behandeling de voorkeur. Getrapte zorg impliceert een sterke stimulans voor de ontwikkeling van contextuele interventies in de nuldelijn en generalistische interventies in de eerstelijns. Daarnaast geeft getrapte zorg ook een impuls aan de verdere verwetenschappelijking van de specialistische tweedelijnszorg. En ten slotte leidt getrapte zorg tot explicitering van indicatiecriteria, zeker ook ten behoeve van derdelijns-voorzieningen.

Het voorstel voor decategoralisering van de GGZ heeft ten vierde alleen voordeel als tussen de echelons maximaal wordt samengewerkt en er iets ontstaat als een ketenorganisatie tussen de echelons. Alleen door gezamenlijke inspanning kan getrapte zorg via echelons werken. De verschillende echelons moeten elkaar niet alleen ondersteunen, zij moeten er ook zorg voor dragen dat behandeling binnen het laagste echelon mogelijk is. Zo is veel specialistische GGZ-kennis noodzakelijk ten behoeve van een behandeling binnen de eerstelijns, direct via consultatie en diagnostisch advies, en indirect via het opstellen van protocollen en richtlijnen en het aanbieden van na- en bijscholing. Ook dient de tweedelijns voortdurend een achterwachtfunctie te vervullen, zodat verwijzing zo nodig direct kan plaatsvinden. Een vergelijkbare opdracht heeft de institutionele GGZ ook ten aanzien van de zorg in de nuldelijn. Tal van specifieke deskundigheden kunnen beschikbaar worden gesteld juist om contextuele zorg te kunnen realiseren. Gezamenlijke verantwoordelijkheid maakt het mogelijk specifieke GGZ-kennis in te brengen, zonder de zorg voor de cliënt over te nemen. Dat laatste gebeurt in de ogen van de commissie nog te vaak.

Ten slotte leidt decategoralisering tot een ont koppeling van individuele en openbare gezondheidszorgtaken. De huidige institutionele GGZ heeft een

dubbele taak: zorg en behandeling van mensen met psychische stoornissen en de maatschappelijke taak om de samenleving te beschermen tegen mensen die voor zichzelf of voor anderen een gevaar opleveren. De commissie vraagt zich af of deze dubbele opdracht aan de GGZ wel wenselijk is. Zij adviseert de taak van de openbare gezondheidszorg over te dragen aan de GGD, die daarvoor samenwerkt met alle echelons.

7.2.5 PROFESSIONALS EN BURGERS

Hiervoor heeft de commissie vooral stil gestaan bij de rol van verschillende soorten van professionals ten aanzien van de geestelijke gezondheid. Hoe verstrekkend haar conclusies wellicht ook zijn, de voorgestelde aanbevelingen zullen nauwelijks effect sorteren als niet ook de burgers erbij worden betrokken. De afgelopen decennia heeft de zorg zich stevig geprofessionaliseerd. De ontwikkelingen binnen de institutionele GGZ laten zowel de kwalitatieve als de kwantitatieve aspecten daarvan zien, in de vorm van betere zorg en specialisering van beroepsgroepen (kwaliteit), groei van het aantal professionals en uitbreiding van het domein van professionele zorg (kwantiteit). In alledaagse discussies worden beide aspecten regelmatig door elkaar gehaald. Uitbreiding van zorg naar domeinen waar voorheen enkel informele of mantelzorg werd aangeboden, wordt nogal eens gelegitimeerd door claims van verbetering. Het alledaagse devies lijkt steeds meer: hoe meer professionals, des te beter de zorg. Dat laatste is soms, maar niet altijd het geval. De commissie wil daarom een aantal kanttekeningen plaatsen bij deze voortgaande professionalisering van zorg.

Professionalisering leidt bij burgers nogal eens tot groeiende afstand tot de zorg. De anticipatie op beschikbare professionele hulp maakt het mogelijk afstand te houden tot de zorgvrager; omdat we weten dat professionals de problemen ter hand nemen, kunnen we rustig afwachten. Een dergelijk afstand houden speelt zeker een rol in situaties waar reeds professionele hulpverleners zijn ingeschakeld; omdat er professionele zorg beschikbaar is, wordt geen actie ondernomen. De beschikbaarheid van professionele zorg blijkt van invloed te zijn op mensen in de omgeving van zorggebruikers; zij nemen minder initiatief en bieden minder hulp. Vanuit verschillende richtingen is de afgelopen jaren gewezen op de nadelen van deze terughoudendheid van burgers. Een eerste voorbeeld betreft de professionele geestelijke gezondheidszorg rondom getroffen en van de Bijlmerramp. Een deel van deze zorg moest worden gestaakt omdat hulpverleners constateerden dat hun interventies een averechts effect hadden als gevolg van een terugtrekkende sociale omgeving van de slachtoffers. Een tweede voorbeeld komt uit de zorg voor langdurig zorgafhankelijke patiënten. Onderzoeksresultaten laten zien dat vermaatschappelijking onvoldoende van de grond komt als burgers niet betrokken worden

bij maatschappelijke steunsystemen rondom cliënten. In dezelfde lijn passen ook de analyses van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling over 'aansprekend burgerschap' en 'aansprekend opvoeden', waaruit blijkt dat burgers zich steeds minder verantwoordelijk voelen voor de oplossing van maatschappelijke problemen zoals onveiligheid en geweld. Ook blijkt opvoeding steeds minder een collectieve verantwoordelijkheid en steeds meer een individuele aangelegenheid te zijn geworden.

Samenhangend met deze toenemende terughoudendheid kan een tweede mogelijk negatief bijeffect worden geconstateerd, namelijk dat van groeiende afhankelijkheid van professionele zorg. Niet alleen geldt dat steeds meer problemen worden overgelaten aan professionele hulpverleners, ook constateren onderzoekers dat de wens en het vermogen om problemen zelf op te lossen afnemen. Ten dele hangt dit samen met de verwachting dat professionele hulpverleners voor betere oplossingen zorgen, ten dele met vaardigheden die niet (meer) worden aangeleerd, en ten dele met het groeiend gebruik van professionele zorg zelf. Deze constatering van groeiende afhankelijkheid is niet nieuw; al in de jaren zeventig constateerde men dat langdurig verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis patiënten passief en afhankelijk maakte. Klinische opname bleek te leiden tot een andere kwaal: het hospitalisatiesyndroom. Ook bij langer durende ambulante behandelingen is er langzamerhand meer oog gekomen voor de ongewenste bijeffecten van die zorg op de zelfredzaamheid en voor de wenselijkheid van het inschakelen van anderen bij het zoeken naar oplossingen.

De groeiende afhankelijkheid van burgers gaat hand in hand met een toenemend besef van machteloosheid van professionele zorg. Eerder in dit rapport is reeds gewezen op de grote en groeiende onvrede over de (geestelijke) gezondheidszorg onder haar cliëntèle. Dit afnemend vertrouwen in professionele zorg correspondeert met het besef onder hulpverleners dat zij een groot aantal problemen niet kunnen (of mogen) oplossen. Meer dan vroeger realiseren zij zich, mede onder invloed van de opkomst van de evidence based geneeskunde, dat de werkzaamheid van nogal wat interventies onbewezen is. Ook groeit bij hen het besef van een forse kloof tussen werkzame en doelmatige interventies. Het percentage cliënten dat zonder noemenswaardige klachtenreductie de behandeling beëindigt, blijkt zeer consistent boven de dertig procent te liggen. Machteloosheid speelt vervolgens ook bij de BOPZ – wat is de bevoegdheid van professionele hulpverleners – alsmede in de discussie over de bijdrage van hulpverleners. Maken zij de cliënten beter of maken cliënten vooral zichzelf beter? Het besef van de beperkte mogelijkheden van professionele hulpverlening staat niet los van de veranderende opvattingen over de maakbaarheid van de samenleving en de suggestie dat de overheid via professionele hulpverleners dit proces kan sturen. Velen hebben een tijd lang gedacht dat menig probleem wordt opgelost door er extra professionele krachten voor vrij te maken. Dagelijks

worden we geconfronteerd met de weerbarstige werkelijkheid: wachtlijsten in de zorg worden amper korter door extra personeel, de veiligheid op straat neemt niet evenredig toe met het aantal surveillerende agenten, de kwaliteit van het onderwijs hangt maar in beperkte mate samen met het aantal docenten, en het psychisch ziekteverzuim in ons land houdt in het geheel geen gelijke tred met het aantal professionelen dat daar dagelijks mee in de weer is.

De negatieve bijwerkingen van professionalisering van zorg maken duidelijk dat de ontvlechting van de lokale leefwereld en de dreigende gaten in de zorg niet zijn op te lossen met enkel en alleen uitbreiding van het aantal hulpverleners. Tegelijkertijd kan onmogelijk van burgers worden verwacht dat zij 'spontaan' de gaten in de zorg zullen opvullen die de afgelopen decennia zijn ontstaan. Deze constatering leidt tot de conclusie dat een herdefiniëring van taken van professionele hulpverleners en burgers dringend is gewenst. De commissie pleit, in navolging van de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling, voor een nieuw 'partnership' tussen professionals en niet-professionals. Alleen door samenwerking kunnen problemen daadwerkelijk worden aangepakt. In individuele hulpverleningscontacten gebeurt dat veelvuldig. Professionele hulpverleners nemen de problemen niet over, maar creëren de randvoorwaarden waarbinnen de 'empowerment' van de cliënt tot stand komt. Een vergelijkbaar proces staat de commissie ook voor ogen ten aanzien van de gesignaleerde problemen in de context van opvoeding, vermaatschappelijking en psychisch ziekteverzuim. Gezocht moet worden naar strategieën waarmee professionals burgers instrumenten in handen geven waarmee deze een directe bijdrage kunnen leveren aan de oplossing van deze problemen. De commissie pleit zogezegd voor een 'empowerment' van de burger.

De commissie juicht experimenten op het terrein van strategische allianties tussen hulpverleners en burgers sterk toe. Ervaringen op verschillende plaatsen in ons land, onder andere beschreven in de eerder genoemde RMO-rapporten, laten zien dat een herdefiniëring van taken kan leiden tot effectievere interventies. Deze initiatieven laten zien hoe hulpverleners en burgers, bijvoorbeeld de buurtbewoners, gezamenlijk projecten opzetten waarbij in onderlinge samenspraak en met een duidelijk onderscheid in taken en verantwoordelijkheden succesvolle acties worden ondernomen.

7.2.6 TIJDSPAD EN FINANCIËLE RANDVOORWAARDEN

De commissie is tot de conclusie gekomen dat de zorg voor de geestelijke volksgezondheid niet beperkt mag blijven tot de bestaande institutionele voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg. De zorg voor de geestelijke volksgezondheid moet een zorg van velen worden. Deze decategorialisering kan zijn beslag krijgen door de institutionele GGZ te koppelen aan de bestaande voorzieningen voor

welzijns- en algemene gezondheidszorg, en nieuwe vormen van partnership te ontwikkelen tussen professionals en burgers.

Dit voorstel behelst veel meer dan een verplaatsing van voorzieningen of professionele arbeidskrachten. Het gaat om een fundamentele koerswijziging met als einddoel een herschikking van taken en verantwoordelijkheden ten aanzien van de geestelijke gezondheid. Die ontwikkeling vraagt veel tijd. Eerst moet er draagvlak worden gecreëerd voor de voorgestelde aanpak. Daarvoor is een uitvoerige en brede discussie nodig, waarbij hulpverleners binnen en buiten de institutionele GGZ, alsmede de burgers worden betrokken. Vervolgens zullen experimenten moeten worden opgezet die duidelijk maken in welke mate en op welke wijze de voorgestelde aanpak tot de gewenste effecten leidt. De resultaten daarvan zullen vervolgens moeten leiden tot nieuwe opleidingscurricula, aanpassing van bestaande beroepsprofielen en inpassing van GGZ-deskundigheid binnen de verschillende echelons. De commissie stelt zich daarbij op het standpunt dat aanpassing van de bestaande GGZ-voorzieningen niet mag plaatsvinden voordat de alternatieven zijn ontwikkeld. Op geen enkele manier mag de verandering ten koste gaan van de cliënten.

Het advies van de commissie laat zich dan ook niet lezen als een meer of minder subtiele bezuinigingsoperatie. Op de korte termijn is sprake van het tegendeel: het opstarten van nieuwe experimenten, het inschakelen van nieuwe professionals in nulde- en eerstelijns, het opzetten van nieuw partnerships tussen professionals en burgers, de aanpassing van opleidingen, en de uiteindelijke herschikking van de institutionele GGZ vragen om een aanzienlijke financiële krachtsinspanning. Op de langere termijn leiden de voorstellen van de commissie mogelijk tot een andere ordening van budgetten, tot efficiencywinst, tot een grotere inzet van niet-hulpverleners in de zorg, of tot grotere betrokkenheid van professionals buiten de gezondheidszorg bij de zorg voor de geestelijke volksgezondheid.

7.3 ANTWOORDEN EN AANBEVELINGEN

In dit advies van de landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben twee vragen centraal gestaan. De antwoorden worden in deze slotparagraaf kort weergegeven.

1 Wat zijn de oorzaken die leiden tot een groeiende hulpvraag in de GGZ?

De afgelopen decennia heeft een forse stijging plaatsgevonden van het aantal aanmeldingen bij GGZ-instellingen. Deze toename is ten dele het gevolg van een veranderende visie op de behandeling van langdurige zorgafhankelijken. In plaats van één langdurige opname wordt gekozen voor meerdere korte transmurale interventies, die telkens gepaard gaan met een nieuwe inschrijving. Daarnaast is

er sprake van een 'inhaaleffect' voor GGZ-zorg: de drempel van GGZ-instellingen is verlaagd, waardoor mensen sneller aankloppen voor hulp.

In hoeverre kan de groeiende hulpvraag ook veroorzaakt zijn door een toename van psychisch leed? Het antwoord valt niet te geven, immers de relatie tussen geestelijke volksgezondheid en het gebruik van geestelijke gezondheidszorg is niet eenduidig. Toegenomen zorgconsumptie kan een teken zijn van meer ziekte, maar ook een bewijs van toegenomen assertiviteit en weerbaarheid. Hetzelfde geldt ten aanzien van de bij velen levende bezorgdheid over de kwaliteit van de samenleving. De commissie heeft een aantal zeer verontrustende voorbeelden onder ogen gekregen. Tegelijkertijd heeft zij signalen ontvangen die het tegendeel laten zien. De weging van deze voorbeelden kan niet op basis van eenduidige criteria geschieden. Dat verklaart de grote diversiteit van meningen over het peil van de geestelijke volksgezondheid.

Veel eenduidiger zijn de gevolgen van maatschappelijke ontwikkelingen voor de zorg. Processen van individualisering en mondialisering dragen er toe bij dat de structuren van de oude lokale leefwerelden in snel tempo plaatsmaken voor sterk bewegende netwerken van sociale relaties. De zorg- en reguleringsfuncties van deze lokale leefwerelden worden vervangen door zorgnetwerken waarbinnen het belang van professionele hulpverleners sterk is toegenomen. Voor velen pakt die verandering goed uit. Maar daar waar de zorgvragen direct gekoppeld zijn aan de lokale leefwereld of waar de potentiële cliënt zich wenst te onttrekken aan de zorg, faalt het systeem.

2 Welke aanbevelingen zijn mogelijk over de wijze waarop zowel door de overheid als maatschappelijke organisaties kan worden bijgedragen aan verbetering van de geestelijke volksgezondheid?

In haar analyse van drie specifieke contexten – opvoeding en gezin, territoriale context en arbeid – heeft de commissie geconcludeerd dat de bestaande zorg ontoereikend is. Er moeten nieuwe zorgarrangementen worden ontwikkeld, met een veel sterkere verbinding met die contexten. De nieuwe zorgarrangementen zullen moeten steunen op professionals die zijn geschoold in het werken binnen en het beïnvloeden van specifieke contexten, alsmede op nieuwe 'partnerships' tussen professionals en niet-professionals. Alleen samen kunnen de problemen daadwerkelijk worden aangepakt. In individuele hulpverleningscontacten gebeurt dat veelvuldig: professionele hulpverleners creëren daar de randvoorwaarden waarbinnen de 'empowerment' van de cliënt tot stand komt. Een vergelijkbaar proces wil de commissie ook bevorderen ten aanzien van de gesignaleerde collectieve problemen in de context van opvoeding, vermaatschappelijking of psychisch ziekteverzuim. Gezocht moet worden naar strategieën waarmee professionals burgers 'empoweren'. Dan kunnen ook burgers, veel meer dan nu

het geval is, een directe bijdrage leveren aan de zorg voor de geestelijke gezondheid.

Deze nieuwe zorgarrangementen vragen om professionals die een andere deskundigheid bezitten dan de gespecialiseerde hulpverleners in de tweedelijns-GGZ. Daarmee erkent de commissie dat de zorg voor de geestelijke volksgezondheid het domein van de institutionele GGZ overstijgt. Die erkenning heeft twee kanten: de institutionele GGZ kan onmogelijk alleen verantwoordelijk zijn voor de gesignaleerde problemen in de zorg, maar ook: een categorale organisatie van de geestelijke gezondheidszorg is niet langer opportuun. De commissie pleit daarom voor decategoralisering van de geestelijke gezondheidszorg. Dit is mogelijk door de geestelijke gezondheidszorg te koppelen aan voorzieningen voor welzijns- en algemene gezondheidszorg in de nulde-, eerste-, en tweedelijnszorg. Daarmee kiest de commissie tegelijkertijd voor echelonnering van de zorg en voor een andere inhoudelijke inrichting ervan, namelijk getrapte zorg. Getrapte zorg betekent dat bij gelijk effect de minst invasieve behandeling de voorkeur verdient. Decategoralisering kan alleen dan succesvol worden als ze gevoed wordt door en leidt tot sterke samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders.

De overheid dient naar het oordeel van de commissie een coördinerende en regisserende rol te vervullen. Zij moet ervoor zorg dragen dat voldoende tijd wordt vrijgemaakt voor het creëren van draagvlak alsmede voor het implementatieproces. Ook dient zij ervoor te waken dat de bestaande zorg 'gedurende de verbouwing' op peil blijft. Tenslotte pleit de commissie voor het vrijmaken van financiële middelen voor het realiseren van de voorgestelde verbreding van geestelijke gezondheidszorg.

Tot slot heeft de commissie haar conclusies uitgewerkt in een achttal aanbevelingen ten behoeve van het beleid.

- 1 Er moet meer studie komen naar de geestelijke volksgezondheid. Deze studie moet een multidisciplinair karakter hebben. Zij mag zich niet beperken tot epidemiologisch onderzoek naar het voorkomen van ziekten in de bevolking en evenmin tot sociologische en politieke analyses van de toestand van de samenleving. Ook beveelt de commissie aan in de jaarlijkse Volkgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM een hoofdstuk op te nemen over de geestelijke volksgezondheid. Daarin moeten ook worden opgenomen cijfers van indicatoren van geestelijke volksgezondheid, zoals geweldsdelicten, cijfers van de bureaus vertrouwensartsen, etc.
- 2 De commissie constateert achter de polemiek over toe- of afname van geestelijke volksgezondheid grote eensgezindheid over problemen in de zorg. Er is sprake van grote ongerustheid, waarbij het uiteindelijk gaat om de vraag

of de vigerende inrichting van de zorg wel gelijke tred houdt met grote maatschappelijke ontwikkelingen. Het verdient aanbeveling een brede discussie op gang te brengen over de gevolgen van individualisering en mondialisering op de inrichting van de zorg.

- 3 De commissie constateert dat ontwikkelingen in de welzijns- en geestelijke gezondheidszorg onvoldoende op elkaar zijn afgestemd, waardoor een gat in de zorg dreigt te ontstaan. De lacune in zorg heeft vooral betrekking op 'contextuele zorg'. De commissie beveelt de minister aan om 'contextuele' zorg beleidsprioriteit te geven. Dit is mogelijk door het opstellen van nieuwe opleidingsprofielen, in eerste instantie van agogische beroepen in de gezondheidszorg en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. De commissie beveelt aan het CONO hierover advies te vragen. Ook pleit de commissie voor uitbreiding van het aantal contextuele hulpverleners.
- 4 Naar het oordeel van de commissie is in de afgelopen jaren een te sterke en exclusieve relatie gecreëerd tussen de institutionele geestelijke gezondheidszorg en het domein van de geestelijke volksgezondheid. Die exclusieve relatie is onhoudbaar. De zorg voor de geestelijke volksgezondheid is een zorg van velen. De commissie adviseert de minister beleid te ontwikkelen dat is gericht op verbreding van de zorg voor de geestelijke volksgezondheid.
- 5 De organisatie van de geestelijke gezondheidszorg moet naar het oordeel van de commissie gedecategoraliseerd worden en aansluiting zoeken bij voorzieningen voor welzijns- en algemene gezondheidszorg. Dat betekent het ontwerpen van functionele criteria voor structurering, getrapte zorg, betere samenwerking en ontkoppeling van de taken van openbare en individuele geestelijke gezondheid.
- 6 De zorg voor de geestelijke volksgezondheid moet, meer dan thans het geval is, zorg van velen zijn, ook van de burger. De commissie adviseert de minister om experimenten te entameren en te ondersteunen die zijn gericht op het ontwikkelen van een nieuw partnership tussen professionele hulpverleners en burgers.
- 7 Ten slotte adviseert de commissie om nieuwe contextuele zorgarrangementen te realiseren waarin het klassieke onderscheid tussen professionals en leken wordt doorbroken. Er moeten nieuwe categorieën tussen mantelzorg, vrijwilligerswerk en professionele activiteiten worden gerealiseerd. Dit is nodig om de betrokkenheid bij en de verantwoordelijkheid voor de geestelijke volksgezondheid te verbreden. Een voorbeeld van zo'n aanpak is de verbreding van het concept van zorgverlof tot zorgtaken in buurt, op school of op het werk.
- 8 De commissie beveelt aan om voldoende tijd te nemen voor het creëren van draagvlak en het implementatieproces. Daarbij dient vermeden te worden dat bestaande voorzieningen worden aangepakt nog voordat nieuwe voorzieningen

operationeel zijn. De commissie ziet daarbij een rol voor de overheid ten aanzien van het initiëren van het maatschappelijk debat, vervolgens van de coördinatie en het bewaken van de volgorde waarin de elementen van dit plan worden gerealiseerd. Daarnaast pleit de commissie voor het vrijmaken van additieve financiële middelen voor het realiseren van de voorgestelde verbreding van geestelijke gezondheidszorg.

Literatuur

- Abma, R. (1995). Back to normal. Opkomst en ondergang van de psy-kritiek. In: *het verlangen naar openheid. Over de psychologisering van het alledaagse (75-83)*. Amsterdam: de Balie.
- Acherhuis, H. (1979). *De markt van welzijn en geluk*. Baarn: Ambo.
- Amersfoort, H. van (2001). *Transnationalisme, moderne diaspora's en sociale cohesie*. Amsterdam: IMES.
- Bauman, Z. (1998). *Leven met veranderlijkheid, verscheidenheid en onzekerheid*. Amsterdam: Boom.
- Blokland-Potters, T. (1998). *Wat stadsbewoners bindt. Sociale relaties in een achterstandswijk*. (Dissertatie). Kampen: Kok Agora.
- Brinkgreve, C., Onland, J.H., Swaan, A. de (1979). *Sociologie van de psychotherapie I. De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf*. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum.
- Brunenberg, W., Rondez, M., Hutschemaekers, G. (1998). *De psychiater gevolgd. Een verkennend onderzoek naar psychiaters in de GGZ en de eigen praktijk*. Trimboos-reeks 98-7. Utrecht: Trimboos-instituut.
- Bureau Reijndorp (1997). *Stedelijkheid aan de stadsrand*. Rotterdam: Bureau Reijndorp.
- Bijl, R.V., Zessen, G. van, Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141 (50), 2453-2460.
- Bijl, R.V., Zessen, G. van, Ravelli, A. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry & Epidemiology*, (33), 587-595.
- Bijl, R.V., Ravelli, A. (2000). Psychiatric Morbidity, Service Use, and Need for Care in the General Population. *American Journal of Public Health*, 90 (4), 602-607.
- Commissie-Donner (2000). Concept rapportage.
- Dagevos, J. (2001). *Perspectief op integratie. Over de sociaal-culturele integratie van etnische minderheden in Nederland*. Den Haag: WRR.
- Damon, W. (1995). *Greater expectations. Overcoming the culture of indulgence in our homes and schools*. New York: Free Press.
- Dantzig, A. van (1991). *Persoonlijk lijden als publieke zorg*. Utrecht: NcGv.
- Dantzig, A. van (1995). *Is alles geoorloofd als God niet bestaat?* Amsterdam/Meppel: Boom.
- Dantzig, A. van (2001). Geestelijke gezondheidszorg. Notitie t.b.v. de Commissie Geestelijke Volksgezondheid, 5 juni 2001.
- Debat vermaatschappelijk (2000). *Psy*, 4, nr. 10, 24-29.
- De keerzijde van de vermaatschappelijking* (2000). Utrecht: Landelijk Forum GGZ i.s.m. GGZ Nederland.
- Derksen, J. (1993). *Handboek persoonlijkheidsstoornissen*. Diagnostiek en behandeling de de DSM-IV en ICD-10 persoonlijkheidsstoornissen. Maarssen: De Tijdstroom.
- Doorn, J.J.A. van (1989). *Rede en Macht*. Den Haag:VUGA.
- Duurkoop, W.R.A. (1995). *Terug naar Amsterdam: longitudinaal onderzoek naar het functioneren van chronisch psychiatrische patiënten in nieuwe woonsituaties*. Amsterdam: F. van Eeden Stichting.
- Duyvendak, J.W. (1999). *De planning van ontplooiing. Wetenschap, politiek en de maakbare samenleving*. Den Haag: SDU.

- Duyvendak, J.W., Wilde wijken. Over natuurlijke omgeving en het gedogen van gekte. (In voorbereiding).
- Duyvendak, J.W., Hortulanus, R. (1999). *De gedroomde wijk. Methoden, mythen en misvattingen in de nieuwe wijkaanpak*. Utrecht: Forum.
- Dijk, R. van e.a. (2000). Interculturele geestelijke gezondheidszorg in de XXIe eeuw. Een manifest. *MGV*, 55, 134-144.
- Friele, R., Verhaak, P., Andela, M. (2000). Vertrouwen in de GGZ: meer duidelijkheid gevraagd. *MGV*, 55, 122-133.
- GGZ Nederland (2001). Actieplan. Utrecht: GGZ Nederland.
- Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Giel, R. (1970). *Jansen en Mamo. Een psychiatrisch epidemiologische beschouwing*. Niet uitgegeven inaugurale rede, Rijksuniversiteit Groningen.
- Giel, R. (1985). *Waarom een psychiatrische diagnose?* Alphen aan de Rijn: Samsom-Stafleu.
- Giesen, P. (2000). Driehonderdvijftig miljoen vrienden. *De Volkskrant*, 23-12.
- Goey, L. de (1997). De Beweging voor geestelijke volksgezondheid. In: G. Hutschemaekers, C. Hosman en P. van Lieshout (red.), *Geestelijke volksgezondheid. Geschiedenis van het denken en stand van discussie*. (pp. 5-14). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Goey, L. de (2001). *De psychohygiënist. Psychiatrie, cultuurkritiek en de beweging voor geestelijke volksgezondheid in Nederland, 1924-1970*. Nijmegen: SUN.
- Goldberg, D., Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London/New York: Tavistock.
- Goldberg, D., Huxley, P. (1982). *Common mental disorders*. London/New York: Tavistock/Routledge.
- Have, M. ten, e.a. (1998). *Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1998. De GGZ in getallen*. Maarssen: DeTijdstroom.
- Heuvel, E. v.d. (1998). *Anorexia nervosa: een samenspel tussen leken en deskundigen*. (Dissertatie). Tilburg: KUB.
- Heuvel, E. v.d., Hutschemaekers, G. (1991). Anorexia nervosa en cultuur. *De Psycholoog*, 26, 429-437.
- Hodiamont, P. (1986). *Het zoeken van zieke zielen*. (Dissertatie). Nijmegen: KUN.
- Hof, S., van 't (1994). *Anorexia nervosa: the historical and cultural specificity. Fallacious theories and tenacious 'facts'*. (Dissertatie). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Hofstee, E. (1981). Vrijheid, gelijkheid en eenzaamheid. In: *Universiteit en Hogeschool*, 27, 229-251.
- Hutschemaekers, G. (1990). *Neurosen in Nederland. Vijfentachtig jaar psychisch en maatschappelijk onbehagen*. (Dissertatie). Nijmegen: SUN.
- Hutschemaekers, G. (1996). De wet en het weten. In: Hutschemaekers, G., Winter, M. de (red.), *De veranderlijke moraal. Over moraliteit en psychologie* (pp. 115-129). Nijmegen: SUN.
- Hutschemaekers, G. (1999). In de beperking toont zich de meester.
- Hutschemaekers, G. (2000). Wordt Nederland steeds zieker? Kengetallen en achtergrondanalyses. In: *MGV*, 55, 314-335.
- Hutschemaekers, G. (2001). *Onder professionals. Hulpverleners en cliënten in de GGZ*. Nijmegen: SUN.
- Hutschemaekers, G., Hosman, C., Lieshout P. van (1997). *Geestelijke volksgezondheid. Geschiedenis van het denken en stand van discussie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Hutschemaekers, G., Neijmeijer, L. (1998). *Beroepen in beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ*. Houten: BSL.
- Jacobs, C., Bijl, R. (1992). *GGZ in getallen. Kwantitatief overzicht van de geestelijke gezondheidszorg: instellingen, zorgcircuits, trends 1980-2000*. NcGv-reeks 92-15. Utrecht: NcGv.
- Jansen van Galen, J. (1979). *Het Ik-tijdperk. HP-special*. Amsterdam: HP.
- Jansen van Galen, J. (1988). *Moraal '88*. Amsterdam: Balans.
- Knepper, S. (1998). Van arbeidsverzuim tot arbeidsongeschiktheid; veranderende rol van betrokken artsen. *NTvG (142)*, 233-238.
- Kooi, R., Donker, M. (1992). *Cliënten over de Riagg. Ontwerp en afname van een vragenlijst voor kwaliteitsbeoordeling door cliënten*. Utrecht: NcGv.
- Kooi, R., e.a. (2000). GGZ onder druk? Verkenning met behulp van drie Nederlandse psychiatrische casusregisters. *MGV*, 55, 219-226.
- Kuypers, I., Leenders, P. (2001). *De wegwerkplek. Tien jaar rondjes rond de WAO*. Amsterdam: De Balie.
- Kuypers, P., Lans, J. van der (1994). *Naar een modern paternalisme. Over de noodzaak van sociaal beleid*. Amsterdam: De Balie.
- Kwekkeboom, M.H. (1999). *Naar draagkracht. Een verkennend onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: SCP.
- Kwekkeboom, M.H. (2001). *Zo gewoon mogelijk. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. (Dissertatie). Den Haag: SCP.
- Lans, J. van der (1996). Een cultuur van afzijdigheid. *Socialisme en Democratie*, no. 11.
- Lasch, C. (1979). *The culture of narcissism. American life in an age of diminishing expectations*. New York: W.W. Norton & company.
- Lieshout, P. van (1985). Veertig jaar geestelijke volksgezondheid. Een analyse van het MGv. *MGv*, 40, 1243-1274.
- Limbeek, J. van e.a. (1994). *Patiënt, stoornis en zorg: een onderzoek naar de prevalentie, het ziektebeloop en de herkenning van psychische stoornissen in Amsterdam Oost en Zuidoost*. Amsterdam: GG&GD en UvA.
- Londen, J. van (2000). *Opkomst en neergang van de sociale psychiatrie*. Trimbos-lezing. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lubbers, E., Koorevaar J. (1999). *Primary globalisation, secondary globalisation, and the sustainable development paradigm*. Tilburg: Globus.
- Mackenbach, J. (1992). Verschillen in gezondheid binnen de Nederlandse bevolking. In: L. Gunning-Schepers, Mootz, M. (red.), *Gezondheidsmeting*. Reeks Gezondheidsbeleid, deel 6. (pp.101-110). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (1998). *Integrale Beleidsvisie GGZ*. Den Haag: VWS.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. (1993). *Onder Anderen. Geestelijke gezondheid en GGZ in maatschappelijk perspectief*. Rijswijk: WVC.
- Nabitz, U., Vis, C., Van den Brink, W. (2001). Wat vindt de Nederlandse bevolking van de GGZ en de verslavingszorg? *MGV*, 56, 795-805.
- Nijk, A.J. (1978). *De mythe van de zelfontplooiing, en andere wijsgerig-andragologische opstellen*. Amsterdam: Boom.
- Ormel, H. (1985). Komen depressies thans meer voor? Cijfers en twijfels. *Gezondheid en Samenleving*, (6), 22-30.

- Peeters, H. (1996). *Hoe veranderlijk is de mens. Een inleiding in de historische psychologie*. Nijmegen: SUN.
- Reenen, H. van, Vandermeersch, P., Hutschemaekers, G. (1997). Alternatieve GGZ en New Age. *MGV*, 52, 1207-1218.
- RGO (1999). *Advies Onderzoek geestelijke gezondheidszorg en geestelijke volksgezondheid*. Den Haag: RGO.
- RMO (2001). *Aansprekend opvoeden. Balanceren tussen steun en toezicht*. Den Haag: RMO.
- Ruijter, A. de (2000). *De multiculturele arena*. (Inaugurale rede). Tilburg: KUB.
- RVZ (1997). *Thuis in de GGZ*. Zoetermeer: RVZ.
- RVZ (1998). *GGZ in de XXIe eeuw*. Zoetermeer: RVZ.
- RVZ (2000a). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ.
- RVZ (2000b). *Allochtonen cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ.
- Rijk, K. de, Verhaak, P., Tiemens, B., Vries, W. de, Kerssens, J., Hutschemaekers, G. (1999). *Tussen de lijnen*. Achtergrondstudie bij de Beleidsvisie GGZ. Trimbos-reeks 99-3. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Schnabel, P. (1987). *Het eigene en het aardige van de GGZ*. Utrecht: NcGv.
- Schnabel, P. (1995). *De weerbarstige geestesziekte. Naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg*. Nijmegen: SUN.
- Schnabel, P. (red.) (1999). *Individualisering en sociale integratie*. Nijmegen: SUN.
- Schnabel, P., Bijl, R., Hutschemaekers, G. (1992). *Geestelijke volksgezondheid in de jaren '90. Van ideaal tot opgave*. NcGv-reeks, 92-19. Utrecht: NcGv.
- Schuyt, C.J.M. (2001). Nieuwe vormen van binding en burgerschap. In: P. Rademakers (red.). *Met het oog op 2010. De toekomst van het sociale domein, verbeeld in elf essays*. Amsterdam: de Balie.
- Sennett, R. (1998). *The corrosion of character. The personal consequences of work in the new capitalism*. New York: Norton.
- Straten, A. van, e.a. (1999). *Wachlijst bij de Riagg II. Gezondheidsschade, maatschappelijke schade en beleving bij cliënten in de volwassenenzorg*. Trimbos-reeks 99-12. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Swaan, A. de (1988). *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Tiemens, B., Ormel, J., Simon, G. (1996). Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 153: 636-644.
- Tiemens, B. (1999). *Management of mental health problems in primary care. The doctor, the patient, and the medical model*. (Dissertatie). Groningen: RUG.
- Verhaak, P., Bijl, R., Berg Jeths, A. van den, Harteloh, P. (1993). Psychische problematiek. In: Ruwaard, D., Kramers, P. (red.). *Volksgezondheid toekomstverkenning. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1995-2010*. Den Haag: SDU.
- Verhaak, P., Lisdonk E. v.d., Bor, H., Hutschemaekers, G. (2000). GP's referral to mental health care during the last 25 years. (In press: *British Journal of General Practitioners*).
- Vier gevaarlijke kruispunten. Een voorzet voor een geestelijke volksgezondheidsbeleid* (1991). Utrecht: Centrum voor Beleid en Management.
- Vijver, F. van de, Hutschemaekers, G. (1990). *The investigation of Culture. Current issues in cultural psychology*. Tilburg: TUP.
- WAO-profiel (1999). NRC-webpagina. *NRC Handelsblad*, 28 januari 1999.

Winter, M. de (1986). *Het voorspelbare kind. Vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen (VTO) in wetenschappelijk en sociaal historisch perspectief.* (Dissertatie). Utrecht: Rijks Universiteit Utrecht.

Winter, M. de (2000). *Beter maatschappelijk opvoeden. Hoofdpijnen van een eigentijdse participatie-pedagogiek.* (Inaugurale rede). Assen: Van Gorcum.

Wouters, C. (1990). *Van minnen en sterven. Informalisering van omgangsvormen rond seks en dood.* Amsterdam: Bert Bakker.

Zeegers, W. (1988). *Andere tijden, andere mensen. De sociale representatie van identiteit.* (Dissertatie). Amsterdam: Bert Bakker.

Bijlage 1 Instellingsbesluit

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 9 november 1999 nr. GVM/GGZ 201 6367 tot instelling van een Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid.

Instellingsbesluit Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

BESLUIT:

Artikel 1

In dit besluit wordt verstaan onder:

- a de minister: de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b de commissie: de commissie, genoemd in artikel 2;
- e deskundige: persoon die de opdracht krijgt tot het schrijven van een essay over een door de commissie bepaald thema dat een relatie heeft met geestelijke volksgezondheid.

Artikel 2

- 1 Er is een Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid.
- 2 De commissie heeft tot taak een analyse uit te voeren van de oorzaken die leiden tot een groeiende hulpvraag in de GGZ en aanbevelingen te doen over de wijze waarop zowel door de overheid als maatschappelijke organisaties kan worden bijgedragen aan verbetering van de geestelijke volksgezondheid. De commissie ontwikkelt hiertoe de volgende activiteiten:
 - a een studie verrichten naar de verschijnselen en factoren die een belemmerende invloed hebben op de geestelijke volksgezondheid in Nederland;
 - b inzichten en ideeën ontwikkelen die kunnen leiden tot structurele verbeteringen van de geestelijke volksgezondheid en tot een verhoging van de maatschappelijke effecten van de geestelijke gezondheidszorg en andere zorgsystemen;
 - c het opdracht geven aan deskundigen tot het schrijven van essays over een aantal thema's (8 tot 10) die een relatie hebben met geestelijke volksgezondheid. De commissie moet deze thema's nader vaststellen;
 - d het organiseren van meerdere besloten en enkele openbare discussie-bijeenkomsten over deze thema's op basis van de essays;

- e het organiseren van een openbare slotbijeenkomst begin 2001, ter afsluiting van het werk van de commissie;
- f het presenteren van een eindrapport, zoals genoemd in artikel 4, vijfde lid.

Artikel 3

- 1 Tot lid van de commissie worden benoemd:
 - a de heer mr. P. Kuypers, tevens voorzitter;
 - b de heer dr. G. Hutschemaekers, tevens secretaris;
 - c mevrouw drs. H. Belliot;
 - d de heer prof. dr. J.W. Duyvendak;
 - e de heer prof. drs. J. van Londen;

 - f de heer prof. dr. P. Schnabel;
 - g mevrouw mr. A.S.C. Visser;
 - h de heer prof. dr. M. de Winter.

Adviseurs:

- a waarnemer VWS, de heer D.C. Kaasjager, arts;
- b prof.dr. A. van Dantzig.

Artikel 4

- 1 De commissie stelt binnen twee maanden na installatie haar eigen werkwijze vast in de vorm van een plan van aanpak.
- 2 Het secretariaat van de commissie wordt gevoerd door het Trimbos-instituut.
- 3 De commissie schakelt deskundigen in voor het schrijven van essays en kan zich doen bijstaan door andere personen en (onderzoeks-) organisaties voor zover dat voor de vervulling van haar taak noodzakelijk is.
- 4 De commissie is bevoegd om zich voor het verkrijgen van informatie te wenden tot overheidsdiensten en instellingen en groeperingen buiten de overheid.
- 5 De commissie brengt begin 2001 een eindrapport uit van haar bevindingen bestaande uit ten minste twee delen. Het ene deel bevat de bundeling van alle essays die zijn geschreven. Het andere deel bevat de analyse en aanbevelingen van de commissie waarbij zij tenminste gebruik maakt van de informatie afkomstig uit de essays en de besloten en open discussiebijeenkomsten.

Artikel 5

Het beheer van de bescheiden van de commissie geschiedt op overeenkomstige wijze als bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De bescheiden worden na beëindiging van de werkzaamheden van de commissie in het archief van dit ministerie opgeborgen.

Artikel 6

- 1 Dit Besluit treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin het wordt geplaatst.
- 2 Dit Besluit vervalt twee maanden nadat de commissie begin 2001 haar eindrapport heeft uitgebracht.

Artikel 7

Dit Besluit wordt aangehaald als:

Besluit Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid.

Deze regeling zal (met toelichting) in de staatscourant worden geplaatst.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'S. Boonstra', with a horizontal line underneath the name.

Toelichting bij het Besluit Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid

De aanleiding voor het instellen van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid wordt toegelicht in de Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1 999 van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In een nota-overleg van 27 september 1999 heeft de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer op hoofdlijnen ingestemd met de Beleidsvisie GGZ 1 999 en is het belang van het werk van de commissie onderschreven.

In de Beleidsvisie is aangegeven dat het geestelijk volksgezondheidsbeleid onvoldoende ontwikkeld is. Er is behoefte aan een actieve benadering van de geestelijke volksgezondheid door zowel de overheid als maatschappelijke organisaties en beroepsbeoefenaren.

De vraag naar hulp bij psychische stoornissen groeit nog steeds. Voorheen beschikbare hulpbronnen en maatschappelijke steunsystemen zoals familieverbanden, kerk en buurt zijn minder beschikbaar. Men kan soms weinig anders dan terugvallen op professionele hulp. Het is van belang juist het ontstaan van de hulpvraag te voorkomen. Als een hulpvraag is gesteld is vaak al veel leed ontstaan, zowel bij de persoon zelf als in zijn omgeving. Dat leed is vaak onherstelbaar en de gevolgen kunnen groot zijn (denk aan geestelijke of lichamelijke mishandeling, kindermishandeling, zinloos geweld). Er is daarnaast een breed gevoel in onze samenleving dat er sprake is van een toename van uitingen van geestelijke ontsporing. Tegelijk zijn er signalen dat de tolerantie van 'afwijkend' of 'storend' gedrag in de samenleving afneemt.

De toename van de vraag naar hulp bij psychische stoornissen, de gesignaleerde veranderingen in de samenleving alsmede de beperkte mogelijkheid tot een groei van de zorgcapaciteit en de noodzaak tot een effectieve en efficiënte inzet van middelen, vragen om een brede analyse. Daarom heb ik besloten tot het instellen van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid zodat door middel van een analyse van thema's van geestelijke volksgezondheid, de commissie inzichten kan aandragen over de wijze waarop de overheid en de samenleving de geestelijke volksgezondheid kunnen verbeteren.

De commissie bestaat uit mensen met een verschillende deskundigheid en achtergrond. De werkwijze van de commissie is in overleg met de voorzitter tot stand gekomen. De commissie schakelt deskundige informanten in die essays schrijven over thema's van geestelijke volksgezondheid. De commissie bepaalt,

afhankelijk van het betreffende thema, welk persoon op basis van zijn/haar specifieke kennis en ervaring het meest geschikt is een essay te schrijven. De commissie bewaakt de voortgang van de werkzaamheden en organiseert de discussie over de essays in meerdere besloten bijeenkomsten en in een aantal openbare bijeenkomsten. Op basis van de discussies en essays zal de commissie haar visie bepalen. Deze werkwijze maakt het mogelijk om de brede deskundigheid, waar de opdracht om vraagt, te mobiliseren en een draagvlak te creëren voor de bevindingen van de commissie.

De commissie laat zich bijstaan door twee deskundige adviseurs die op verzoek van de commissie de bijeenkomsten van de commissie kunnen bijwonen en de nodige adviezen kunnen geven.

De commissie legt in een plan van aanpak de nadere uitwerking van de opdracht vast, zoals een omschrijving van de thema's en de motivatie daarvoor. In het plan van aanpak wordt ook het precieze tijdspad vastgelegd om duidelijk te maken op welk moment welke activiteiten (discussiebijeenkomsten) en producten (essays, eindrapport) zijn te verwachten.

Bijlage 2 Samenstelling Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid

Leden:

mr. P. Kuypers (voorzitter tot 15-1- 2002)
prof. drs. J. van Londen (waarnemend voorzitter)
prof. dr. G. Hutschemaekers (secretaris)
prof. dr. J.W. Duyvendak
prof. dr. P. Schnabel
mw. mr. A.S.C. Visser
prof. dr. M. de Winter

Adviseurs:

prof. dr. A. van Dantzig
waarnemer VWS, de heer D.C. Kaasjager, arts

Toegevoegd:

drs. R.F. May (toegevoegd adviseur)
mw. dr. A.J. Mooij (toegevoegd secretaris)

Bijlage 3 Geconsulteerde deskundigen

mw. dr. L. de Goei

mr. P.H.. Donner

prof. dr. R. van der Veen

dr. P. de Beer

mw. M. Everaerd

A.P.J. Höppener, psychiater

A. Kaasenbrood, psychiater

mw. mr. M. Kruyssen-Damen

B. Lammers

mw. drs. J. van Lawik

prof. dr. F.J. Meijman

mw. M. Paes

mw. mr. A.C. Quik-Schuyt

B. Rensen

J.J. Somers

prof. dr. Ph. Treffers

dr. J. Willems

mw. drs. J. van der Zwaard

mw. prof. dr. J.M. Bensing

dr. E. Dekker

mw. drs. A.M. Hinze

C.G. Hrachovec, psychiater

L.J. Joele, psychiater

drs. R.F. May

drs. H.J. Simons

drs. T. Thissen

prof. dr. W. van Tilburg

prof. dr. P.M.G.P. Vandermeersch

prof.dr. J.W. Veerman

Uitgave

Eindrapport van de Landelijke Commissie
Geestelijke Volksgezondheid

Postadres

Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Publieksvoorlichting

Telefoon 070 - 340 78 90

Internetadres

www.minvws.nl

februari 2002

Met een zekere regelmaat wordt ons land opgeschrikt door alarmerende berichten als zou de geestelijke gezondheid van de bevolking achteruit gaan. Nu eens zijn cijfers over psychische arbeidsongeschiktheid en het aantal aanmeldingen bij de geestelijke gezondheidszorg de aanleiding voor deze ongerustheid, dan weer zijn het ervaringen van toenemend geweld op straat, of mededelingen van hulpverleners over de ernst van de problematiek van hun cliënten, die de publieke aandacht trekken. Telkens wordt dan de vraag opgeworpen of Nederland zeker wordt.

In opdracht van Minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid zich gebogen over de vraag of er eventuele verklaringen te vinden zijn voor die gepercipieerde veranderingen in de geestelijke volksgezondheid. Statistieken zijn geanalyseerd, trends in kaart gebracht, meningen gepeild en signalen geregistreerd. De commissie heeft zich daarbij met name bezig gehouden met verschijnselen en factoren die een belemmerende invloed kunnen hebben op de geestelijke volksgezondheid.



DVC 02.043 Foto omslag: Goos van der Veen / Hollandse Hoogte