

Journal of Social Intervention: Theory and Practice – 2016 – Volume 25, Issue 3, pp. 80–86
<http://doi.org/10.18352/jsi.497>

ISSN: 1876-8830

URL: <http://www.journalsi.org>

Publisher: Utrecht University of Applied Sciences, Faculty of Society and Law, in cooperation with Utrecht University Library Open Access Journals

Copyright: this work has been published under a Creative Commons Attribution-Noncommercial-No Derivative Works 3.0 Netherlands License

Philippe Delespaul, Micheal Milo, Frank Schalken, Wilma Boevink & Jim van Os. **Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie.**

Leusden: Diagnosis Uitgevers, 2016, 368 p., €35.

ISBN 9789491969119

BOOKS

HARRIE VAN HAASTER

Dr. Harrie van Haaster is één van de oprichters van het Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid (IGPB). Hij doet onderzoek naar en ontwikkelt toepassingen die *empowerment*, vraagsturing en zelfregie van cliënten bevorderen.

E-mail: hvanhaaster@igpb.nl

In het eerste deel van het boek *Goede GGZ* rekenen de schrijvers genadeloos af met de organisatie van de GGZ in Nederland: te duur, bureaucratisch, de zorg komt niet terecht bij de mensen die het het hardst nodig hebben, slecht gefundeerd met wetenschappelijk bewijs. Het moet gezegd, deze kritiek is eerder gehoord en in Nederland al door vele critici op verschillende manieren geformuleerd. De onderbouwing van de kritiek is deels wel nieuw en in elk geval zeer relevant. Deze onderbouwing ligt in het verlengde van het vorige boek van een van de schrijvers. In *De DSM-5 voorbij* betoogt Jim van Os (2015) ook al dat de in zijn ogen vermaledijde marktwerking een belangrijke oorzaak is van het actuele falen van de GGZ. In *Goede GGZ* wordt dit verder uitgewerkt. Het is de marktwerking in de zorg, die ervoor gezorgd heeft dat zorgaanbieders zich zijn gaan ontwikkelen als producenten van zorg waarmee ze iets kunnen



verdienen, en daarmee de vraag van de klant niet als uitgangspunt nemen. De GGZ-organisaties hebben zich ontwikkeld tot verkooporganisaties met alle keurmerken en andere toeters en bellen van dien. Daarbij komt dat de verzekeraars de zorgaanbieders hun wil opleggen met behulp van een verantwoordingsysteem, wat ertoe leidt dat alleen bewezen succesvolle hulpverlening voor vergoeding in aanmerking komt. Dat verantwoordingsysteem is de zogenoemde Diagnose Behandel Combinatie (DBC).

Nieuw is dat de argumentatie uit het eerdere boek *De DSM-5 voorbij* nu uitgewerkt wordt met een grondige kritiek op het onderzoek dat de DBC-systematiek moet onderbouwen. Zowel het onderzoek naar de psychiatrische diagnostiek als het onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen worden onder de loep genomen en er blijft weinig van overeind. Het belangrijkste punt ten aanzien van het onderzoek naar diagnostiek is dat de symptomen die als bewijs voor een bepaalde diagnose gelden helemaal niet zo uitsluitend bij die diagnose geconstateerd worden. Het belangrijkste kritiekpunt op het effectiviteitsonderzoek naar behandelingen is dat dit onderzoek slecht is opgezet, ook al wordt het gedaan volgens de methodiek van de gouden standaard, de "Randomized Controlled Trial" (RCT). Het blijkt dat dit wordt gedaan met kleine onderzoeksgroepen en met zoveel verschillende variabelen dat het ene onderzoek niet goed met het andere te vergelijken is. Goed repliceerbaar onderzoek wordt nauwelijks gedaan aldus de schrijvers. Het meeste onderzoek dat gepubliceerd wordt leidt tot positieve bias, dus een valse positieve uitkomst van effectiviteit, terwijl dat bewijs ook door andere verklaringen dan door de effectiviteit van de behandeling verklaard kan worden. Onderzoeken met negatieve resultaten voor het bewijs worden niet gepubliceerd – een gevolg van de marktwerking.

Interessant is de analyse dat effectiviteit voor een groot deel ook verklaard kan worden als een placebo-effect. Het placebo-effect betekent volgens de schrijvers dat de gemeten effecten niet zozeer het gevolg zijn van de therapie, maar wel van de handeling van het aanbieden zelf: de aandacht die dat met zich mee brengt en de aansporing naar cliënten om actief iets te doen in hun herstel. Dit heb ik in mijn proefschrift Wartaal (Van Haaster, 1991) ook al geconstateerd, onder andere in onderzoek van Carl Rogers (1967) naar de mogelijke effectiviteit van de non-directieve benadering bij patiënten met schizofrenie. Omdat het volgens de onderzoeker moeilijk was om contact te krijgen met de betreffende cliënten en interesse voor het onderzoek bij hen te krijgen, werd een uitgebreid kennismakingsprogramma tussen hen en de onderzoekers in het onderzoek opgenomen. Het effect was dat dit non-directieve kennismakingsprogramma effectief was in de zin dat er inderdaad heel goed contact mogelijk bleek met de betreffende cliënten. De uitkomst

BOOKS

van het daaropvolgende onderzoek was vervolgens negatief: de non-directieve therapie zou niet werken bij deze cliënten. Een prachtige paradox, zou ik zeggen.

In het eerste deel van het boek worden ook enkele bouwstenen voor een nieuwe GGZ aangedragen. Herhaaldelijk wordt naar voren gebracht dat de nieuwe GGZ gebouwd moet zijn op, enerzijds, eigen kracht van de cliënten en, anderzijds, eigen regie. Daarmee hangt samen dat de nieuwe GGZ niet uitgaat van een ziektemodel, maar van een model voor positieve gezondheid. In plaats van de huidige manier van diagnostiek met minstens 250 diagnoses, inclusief de illusie van een passende behandeling per diagnose, pleiten de auteurs voor een veel grovere duiding in minder dan 20 syndromen die veel meer ruimte laat voor persoonlijke invulling, niet alleen voor de cliënt, maar ook voor “klinisch redeneren” van de hulpverlener. In de delen twee en drie van het boek wordt dit uitgewerkt.

Deel twee geeft een blauwdruk voor een nieuwe GGZ, de zogenaamde wijk-community. Het is een indrukwekkend concept, heel concreet uitgewerkt in de meeste aspecten en op alle niveaus. Van de lezer vergt het de nodige tijd om het geheel te overzien, zeker omdat het ook financieel wordt gespecificeerd. Ik hoop dat enkele ambtenaren op verschillende ministeries de financiële kant zullen bestuderen omdat het voor deze bespreking te ver gaat om hier diep op in te gaan. Maar juist omdat het ook financieel is uitgewerkt heeft het plan een grote impact. Het is een revolutionair plan waarvan ik enthousiast word. Voor mij persoonlijk is er ook veel herkenning, omdat ik veel elementen terugzie van het plan “Een Amsterdamse weg naar een GGZ nieuwe stijl”, dat ik in 1982 samen met Egbert van der Poel ontwierp (Van der Poel & Van Haaster, 1982). Uiteraard zijn er ook verschillen. We leven 35 jaar later en er is de nodige ervaring opgedaan met allerlei nieuwe oplossingen die toen nog niet beschikbaar waren; het is mooi dat die geïncorporeerd worden. Net als wij vonden de schrijvers inspiratie in de Italiaanse democratische psychiatrie van de jaren 70 en 80 van de vorige eeuw.

Het eerste belangrijke punt is een gigantische beddenreductie, inclusief reductie van de woonplekken in beschermd wonen. Er wordt sluitend beargumenteerd dat GGZ in de concentratie van een kliniek niet werkt. Alleen opnames van een zeer korte duur (enkele dagen) zijn verdedigbaar. De goede context voor goede GGZ is de leefwereld. Dat is het tweede centrale uitgangspunt. De leefwereld wordt geconcretiseerd in de wijk. Via een gigantische reallocatie van middelen moet die mogelijk worden. Verzuiling en schotten tussen GGZ voor bijvoorbeeld leeftijdsgroepen, tussen “cure” en “care”, en ook die met de forensische psychiatrie, kunnen worden opgeheven. In de wijken dient samengewerkt te worden rondom personen, cliënten dus, en samenwerkingsconvenanten tussen instellingen in zogenaamde ketenzorg worden overbodig.

De wijk wordt inhoudelijk gezien als de leefwereld waar cliënten hun netwerken hebben, waar cliënten hun krachtbronnen hebben, waar sociale verbanden zijn die aangesproken kunnen worden en waar, als die laatste er niet zijn, deze actief vanuit de hulpverlening kunnen worden geïnitieerd en gefaciliteerd. De wijk is de leefwereld waar cliënten bij uitstek aan hun persoonlijk herstel kunnen werken, waar de specialistische GGZ kan bijdragen aan hun symptoomherstel en waar sociaal en maatschappelijk herstel vorm kan krijgen. De schrijvers gaan uit van wijken van 20.000 mensen. In die maat wordt de basis-GGZ georganiseerd en 80% van de personele inzet van de GGZ vindt plaats in de wijk. In de blauwdruk wordt dat concreet uitgewerkt.

Interessant en belangwekkend is dat in deze personele inzet ook plaats wordt geruimd voor in totaal 63.000 betaalde ervaringsdeskundigen. Bij 17 miljoen inwoners van Nederland en wijken van 20.000 zijn er dus 850 wijken. Per wijk zouden dus ongeveer 75 ervaringsdeskundigen werkzaam moeten worden. Overigens wordt dit speciale aspect van het werk van ervaringsdeskundigen in het boek jammer genoeg niet inhoudelijk verder uitgewerkt. Wel wordt de uitbreiding beschreven van het werk van de ambulant werkende teams waar de reallocatie van middelen voor een deel naar toe zou moeten. En ook het deel dat zou moeten gaan naar de huisartsen en de praktijkondersteuner huisartsenzorg. De "caseload" van de huisartsenpraktijk kan aanzienlijk kleiner in het voorgestelde plan. Rondom de cliënt worden verder zogenaamde "ruggensteungroepen" georganiseerd. Dat zijn groepen die sterk lijken op groepen betrokkenen die georganiseerd worden in eigenkracht conferenties. Ik denk dat hier ook de ervaringsdeskundigen een plaats in hebben, maar dit wordt in het boek, zoals gezegd, nog niet verder uitgewerkt.

In het plan worden ook "herstelacademies" geprojecteerd. Dat is een goed idee: drempelloze plaatsen waar individuen naar toe kunnen gaan om aan herstel te werken of anderen te ondersteunen bij hun herstel. Herstelacademies worden gerund door ervaringsdeskundigen, zijn dus cliënt gestuurd. In mijn fantasie hierover speelt een ervaring die ik eens had in Portugal een belangrijke rol. Daar was ik in verband met een Europees project over opleidingen voor ervaringsdeskundigen en daar was een ervaringsdeskundige bij met alcoholverslaving. Tijdens de meerdaagse conferentie kreeg hij enorme trek. Hij ging toen naar de plaatselijke AA-groep, in de wijk Benfica, waar hij twee dagen steun kreeg van lotgenoten. De AA bood hem de herkenbare structuur van de 12 stappen en een sponsor die hij dag en nacht mocht vragen om steun. Die AA-structuur vind ik een geweldige uitvinding, omdat het iemand, waar dan ook ter wereld, een herkenbare structuur biedt waar je zomaar in kunt stappen. Herstelacademies zouden zo ook

BOOKS

ongeveer kunnen werken; ze zijn dan niet strikt wijkgebonden maar voor elkeen bezoekbaar wanneer dat nodig is.

Een heel belangrijk punt is vervolgens dat de zorg indicatieloos of slechts met heel globale indicatiestelling in de wijk zelf wordt georganiseerd. Indiciestelling verdwijnt, en daarmee veel irritante bureaucratische regels en procedures. Het CIZ wordt overbodig en daarmee de instelling die in de GGZ de overbodige DBC-systematiek implementeert. Ik heb met Philippe Delespaul eens uitgebreid gedebatteerd over het systeem van de persoonsgebonden budgetten in Nederland, waar ik een groot voorstander van ben, omdat het de regie bij de cliënt legt en de cliënt werkelijk tot een marktspeeler maakt. Philippe was daar minder enthousiast over vanwege de afhankelijkheid van de indicatiestelling, met alle gevolgen van dien. Hij stelde daar toen een mogelijk systeem van zorgvouchers tegenover zoals dat in België bestaat, omdat dat de cliënt ook in de markt zet als koper, maar zonder de noodzaak van een van buiten opgelegde indicatie voor zorg. In het boek wordt dit verder uitgewerkt. Een groot voordeel is daarbij dat zorginkoop met vouchers voor veel mensen, juist aan de onderkant van de inkomensverdeling, hier een mogelijk extra inkomen uit kunnen halen. In de zijlijn van dit voorstel wordt ook een lans gebroken de invoering van "het basisinkomen", in plaats van het huidige uitkeringsstelsel in Nederland. In het boek is dit niet uitgewerkt, maar het is wel een essentieel onderdeel van de hervorming van ons bestel. Geld is immers ook voor de burger belangrijk. Geen eigen kracht zonder koopkracht. Ook in het basisinkomen plus inkomen via vouchers zouden veel ervaringsdeskundigen hun betaalde werk kunnen vinden. Het zou goed zijn dit onderdeel verder uit te werken en ook aan te sluiten bij de ontwikkelingen rond armoedebestrijding en de inzet van ervaringsdeskundigen daarbij. Nu is het werk voor ervaringsdeskundigen wel heel gemakkelijk weggezet en heeft dit weinig te maken met de specifieke kennis van ervaringsdeskundigen. In het plan worden ook voorzieningen geschetst die grotere regio's dan de wijken bedienen.

In deel drie worden de mogelijkheden voor "e-health" ("electronic health") en "m-health" ("mobile health") verkend. Het is hoofdzakelijk een introductie van hoofdlijnen, begrippen, voordelen, beperkingen en risico's. In de nieuwste toepassingen verandert er iets fundamenteels in de zeggenschap, omdat daar de cliënt "in the lead" komt en de mogelijkheden van de digitalisering benut worden om de regie te nemen, keuzes zelf te maken, processen te sturen en de hulpverlening van de GGZ slechts als een van de hulpbronnen in te schakelen op momenten en in de intensiteit die een cliënt zelf bepaalt. Eigen regie dus over wat, waar, wie, wanneer, hoe en hoeveel. De grote inhoudelijke voordelen van de digitale transformatie zijn, naast de economische, ook transparantie en eigen regie. De cliënt wordt veel minder afhankelijk van

de hulpverleners en wordt daadwerkelijk een partij in de markt. Om dat te realiseren vergt dat zowel cultuurveranderingen bij de hulpverleners als bij de cliënten zelf. Vooral de hulpverleners en zorginstellingen zullen daar moeite mee hebben. De schrijvers verwachten dat cliënten veel meer keuzes zullen maken die bij hun leerstijl horen. Illustratief zijn de uitkomsten van een onderzoek van Ed van Hoorn en Harrie van Haaster in 2004, naar nier-ervangende behandelingen. Wij onderzochten hoe de richtlijnen daarvoor, en de beslisbomen die daarbij leidraad waren voor de nefrologen, verschilden van de keuzes waar nierpatiënten voor stonden. Niet alleen was de volgorde van keuzes anders maar ook het soort beslissingen, bijvoorbeeld: wanneer betrek ik naasten bij mijn beslissing? Wij concludeerden toen dat er acht verschillende gebruikersstijlen te onderkennen waren. Die zijn in een keuze ondersteunende app voor nierpatiënten verwerkt. De behandelcentra hebben zich stevig verzet tegen deze app, omdat de regie bij de patiënt kwam te liggen en hun richtlijn niet meer bleek te voldoen. De app is in het niets verdwenen.

Een van de belangrijkste uitwerkingen van eigen regie is dat de cliënt zijn eigen dossier bijhoudt en daarbij niet alleen de bevindingen van hulpverleners kan terugzien, maar ook de eigen bevindingen. Via e- en m-health apps kunnen eigen voortgang en resultaten bijgehouden worden en is er voortdurend feedback beschikbaar voor de cliënt om zijn/haar voortgang te evalueren en volgende stappen te plannen. In de Resultaatmeetgroep hebben wij daar inmiddels jaren ervaring mee, onder andere in een samenwerking met zorgboerderijen, waar cliënten via "selfies", die zij gedownload krijgen in een eigen kluisje hun proces kunnen bijhouden en verder plannen. De selfie ontwikkelt zich tot een persoonlijk gezondheidsplan en vervangt op den duur het begeleidingsplan. Voor de begeleiding betekent dit een enorme verlichting van bureaucratische verplichtingen. Bovendien kunnen met hetzelfde materiaal kwaliteitstoetsingen uitgevoerd worden waardoor ook die bureaucratische legitimeringen overbodig worden.

De schrijvers van *Goede GGZ* stellen terecht dat de e- en m-health een nationale implementatie nodig hebben en dat daartoe op nationaal niveau een "e-community" werkzaam moet worden, die de toepassingen in een vrij toegankelijke app-store moet verzamelen en op een transparante manier moet aanbieden. Op die manier komt een zeer belangrijke nieuwe bron voor hulp beschikbaar, die niet alleen aanvullend is op de zorg die in de wijken of regionaal wordt geboden, maar daar ook leidend voor kan zijn. Immers, via e- en m-health is de cliënt actief met zijn eigen gezondheid en zoekt daar de noodzakelijke extra steun bij in zijn/haar leefwereld.

BOOKS

REFERENTIES

Haaster, H. van (1991). *Wartaal. Een onderzoek naar methoden van competentieverhoging in de geestelijke gezondheidszorg*. Amsterdam: Onderzoeksprogramma OOC.

Os, J. van (2015). *De DSM-5 Voorbij. Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.

Poel, E. G. T. van der, & Haaster, H. van (1982). *Een Amsterdamse weg naar een GGz nieuwe stijl*. Amsterdam: SISWO.

Rogers, C. (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.