

NAAR EEN ANDERE GGZ

Het gaat niet goed met de ggz: flinke wachtlijsten, een verwarrend aanbod door de tombola aan instellingen en projecten met ieder hun eigen indicaties en duur, mede door marktwerking en bureaucratie. Veel professionals haken gedemoraliseerd af. Maar er is hoop. Er zijn vrij radicale initiatieven zichtbaar. Gevraagd wordt wel het afscheid nemen van 'oude vormen en gedachten', er zijn fundamentele stappen nodig. Deze worden aangedragen door publicisten als Machteld Huber, Trudy Dehue, Jan Derksen en bewegingen als de Transitie Jeugdzorg en de Nieuwe GGZ van Jim van Os c.s. Hun visies inspireren tot een andere ggz, zowel vakinhoudelijk als organisatorisch en dat binnen een andere maatschappij.

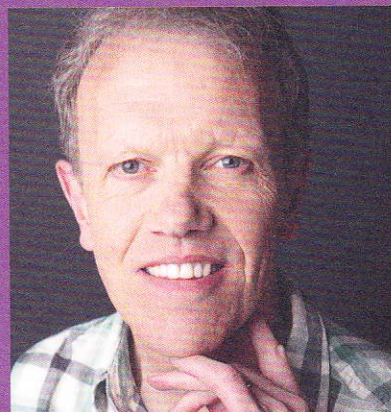
Laten we beginnen met het vak, wat verstaan we onder gezondheid? Machteld Huber publiceerde het resultaat van een expertmeeting in 2009: de huidige realiteit van chronische ziekten dwingt ons tot een ander concept. Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en zelf regie te voeren, gegeven psychische, lichamelijke en sociale uitdagingen. Gezondheid gaat niet over afwezigheid van ziekten maar over een goede coping met veelal langdurende problemen waardoor mensen weer toekomen aan een zinvol bestaan. Gevraagd wordt een model dat rekening houdt met de diverse uitdagingen en met de kracht van mensen naast hun kwetsbaarheid.

Ook ons zicht op verantwoorde methodieken vraagt heroriëntatie. De heilige graal van het verantwoord bedrijven van ggz, de 'evidence based practice', is onvoldoende afgestemd op de unieke situatie van de cliënt. Het concept 'context based practice' dient het uitgangspunt te zijn, zo stelt de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

Om de grote zorgvraag op te vangen is allereerst nodig dat de ggz niet de individuele cliënt maar de psychische gezondheid van de bevolking in een wijk als uitgangspunt neemt. Deze populatiegerichtheid is een oud preventie-ideaal. Een wijkgerichte ggz kan ook beter aansluiten bij de omgeving van de cliënt. Zo'n stelsel kenmerkt zich door eenvoud en brede toegankelijkheid. Dit vraagt een aanzienlijke mate van regulatie van de marktwerking. Bovenregionale specialistische en klinische voorzieningen worden zo veel mogelijk beperkt. Het huidige geloof in specialismen en daarmee vergaande arbeidsdeling wordt niet door onderzoek geschraagd. Ingezet wordt op behandeling binnen de eigen omgeving, ook nu al het credo, maar het wordt te vaak vergeten.

Het adequaat omgaan met de zorgvraag wordt verder aangepakt door een variëteit van maatregelen, zoals het tegengaan van medicalisering door nadruk op coping, meer reële en dus beperktere verwachtingen van behandeling, lichte behandelingen en e-health waar mogelijk, het temperen van maatschappelijke eisen aan mensen, indamming van de bureaucratie en wellicht een eigen bijdrage bij lichte problematiek.

Maar de ggz kan dit niet alleen. We moeten af van stigmatisering en uitstoting en toe naar een meer 'inclusieve' maatschappij, waarin mensen met psychische problemen mogen meedraaien. Of het gaat lukken, bepalen we samen. In de gehele ggz zijn veel belangen die baat hebben bij de huidige situatie. Proeftuinen en diepgaande verandering zijn nodig, dat is meer dan aanpassing van de huidige situatie.



Bert Vendrik

is gezondheidszorgpsycholoog BIG en registerpsycholoog specialist NIP / kinder- en jeugd. Hij werkt sinds 1983 in de ggz en heeft sinds 1996 een eigen praktijk te Beuningen.

E-mail: bertvendrik@gmail.com