

REACTIE OP

Een valide beleidskader voor de ggz: van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en cocreatie aan de voorkant (1)

In hun essay in het februari-nummer van dit tijdschrift beschreven Van Os en Delespaul (2018) kwaliteitsfactoren van de ggz op populatieniveau en kwantitatieve parameters voor kwaliteitsinformatie om de populatie over de tijd te volgen. Dit lijken mij goede aanvullingen op de individuele uitkomstmetingen bij patiënten. Hun stelling om individuele uitkomstmetingen over boord te gooien omdat iedere professional goed werk levert, deel ik niet. Ik deel wel het uitgangspunt dat iedere professional goed werk wil leveren, maar dat betekent nog niet dat dat altijd lukt. Uitkomstmonitoring kan helpen om op tijd te signaleren dat de behandeling stagneert en dat koerswijziging gewenst is. Op geaggregeerd niveau kunnen deze metingen iets zeggen over wat er bereikt wordt met een groep patiënten (om van te leren) en ik ben het met de auteurs eens dat benchmarking met dit soort cijfers praktisch onmogelijk is, gezien de problemen bij de interpretatie van de geaggregeerde cijfers.

Als basis voor de organisatie van de ggz beschrijven zij een kleinschalige ggz in de wijk. De bedoeling hiervan is de middelen voor ggz-behandelingen rechtvaardig te verdelen, zodat onder- en overbehandeling worden tegengegaan. De auteurs werken dit echter verder niet uit. Het is van groot belang dat beperkte middelen voor ggz-behandelingen rechtvaardig over regio's worden verdeeld en dat iedereen die ggz-behandeling nodig heeft deze kan krijgen. Maar een zeer kleinschalige organisatie van de ggz (op het niveau van 20.000 mensen) is volgens mij niet de oplossing om deze doelen te bereiken. Voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) kan dit, waarbij de FACT-teams intensief samen optrekken met sociale wijkteams (of per wijk tot één team integreren), en geïntegreerde (specialistische ggz- en sociale) zorg wordt geboden aan mensen met EPA en problemen op meerdere levensgebieden.

Maar een dergelijk team zie ik niet de ggz-behandelingen doen voor de minder complexe aandoeningen. Hiermee bedoel ik mensen met minder problemen op andere levensgebieden dan psychiatrie die wel degelijk specialistische ggz behoeven. Denk hierbij aan de mensen met een ernstige depressie of angststoornis, dwangstoornissen, complex trauma, persoonlijkheidsstoornissen of combinaties van deze. Inmiddels zijn goede resultaten te boeken door, deskundig uitgevoerde, specialistische protocollaire behandelingen. Hierin heeft de ggz de laatste jaren juist grote kwaliteitsslagen gemaakt, en deze zijn vastgelegd in de diverse richtlijnen. Denk hierbij aan schematherapie

LITERATUUR

- Os J van, Delespaul Ph. Een valide beleidskader voor de ggz: van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en cocreatie aan de voorkant. Tijdschr Psychiatr 2018; 60: 96-104.

AUTEUR

C.L. (NIELS) MULDER, psychiater Parnassiagroep en bijzonder hoogleraar Openbare geestelijke gezondheidszorg, Erasmus MC, Rotterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: niels.cmulder@wxns.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH

Reaction on 'A valid quality system for mental health care: from accountability and control in institutionalised settings to co-creation in small areas and a focus on community vital signs' (1)

voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Ik kan me praktisch weinig voorstellen bij kleinschalige wijkteams die al deze behandelingen echt goed uitvoeren. En door het niet- of minder goed- uitvoeren van deze behandeling creëren we chronische patiënten, hetgeen niemand wil. Dus ik pleit voor specialistische teams die voor grotere regio's inzetbaar zijn om deze vorm van meer specialistische behandelingen te bieden. Dit fenomeen zien we ook bij algemene ziekenhuizen, die ook niet altijd alle zorg leveren, maar hun specialistische functies concentreren. Ten slotte is er het punt van de aansturing van al deze teams in de vorm van ggz-instellingen. Willen Van Os en Delespaul toe naar instellingen per grotere regio (200.000-500.000 inwoners?), ongeveer zoals de vroegere riaggs? Hoe zien zij de aansturing van al deze regionale teams? Hopelijk resulteert het voorgestelde kwaliteitskader in een evenwichtiger systeem van het meten van de geestelijke gezondheid van een bevolkingsgroep en niet alleen van mensen die ggz-behandeling hebben weten te bemachtigen. Het belang van de algemene beschikbaarheid van goede ggz voor de hele bevolking (inclusief bemoeizorg) is groot, en verdient volgens mij verdere uitwerking. Gelukkig gebeurt dit al in diverse pilots waarbij



ARTIKEL



FACT-teams en sociale wijkteams elkaar vinden. De kunst zal zijn het evenwicht te vinden tussen de meer generalistische behandelingen in de FACT-wijkteams en de specialistische behandelingen die specifieke expertise en vaardigheden vergen.

REACTIE OP

Een valide beleidskader voor de ggz: van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en cocreatie aan de voorkant (2)

In het februari-nummer van het Tijdschrift stelden Van Os en Delespaul een ander type kwaliteitsmeting voor dan de huidige ROM. Wij concluderen dat zij een goede richting inslaan, maar dat hun kader conceptueel en praktisch scherper en completer kan en nadere uitwerking verdient. De auteurs stellen naast individuele ggz-behandelresultaten een tweede niveau voor, dat van de psychische volksgezondheid. Ze introduceren daarmee de *public-health* benadering, een richting die we zelf ook bepleiten, omdat de psychische gezondheid van de gehele Nederlandse populatie van belang is, niet slechts die van de mensen die ('toevallig') in zorg terechtkomen. Daardoor wordt het mogelijk om rationeel schaarse zorg toe te wijzen aan mensen met de grootste zorgbehoefte.

In de precisering van de probleemstelling gaan een paar dingen mis. Volgens de auteurs is de jaarprevalentie van psychische stoornissen 25%, maar in NEMESIS-2 meet men 18% (de Graaf e.a. 2010). Ook signaleren ze dat Nederland geen 'publieke ggz' kent (zonder definitie een niet-verifieerbare stelling) en stellen dat het met de psychische volksgezondheid slecht gaat. Bij gebrek aan een systemische analyse van bijv. stijgende cijfers over suïcides of 'verwarde personen' is ook dat niet zomaar vol te houden (zie Koekkoek 2017 voor een uitgebreide analyse).

Bovendien, wie kiest voor de *public-health* benadering wil meer dan alleen goede monitoring en een effectieve selectie van de instroom. Die wil vooral *beperking* van de instroom in de zorg door het nemen van preventieve maatregelen in de leefomgeving van mensen: familie, wijk, school, werk en (daarna) zorg. De volksgezondheid is immers te beïnvloeden via *collectieve*, (vaak) preventieve weg.

Neem bijvoorbeeld longkanker: behandelingen verbeteren en ziekenhuizen onderling vergelijken is nuttig en nodig. Maar collectieve preventie is minstens zo noodzakelijk, want de effectiefste interventies zijn preventief (hogere tabaksaccijnzen en minder verkooppunten). Gezondheidsbevordering door voorlichting over de gevolgen van roken aan de *totale* bevolking vergroot het draagvlak voor restrictieve maatregelen en verandert de maatschappelijke norm omtrent roken. Daarnaast is er selectieve preventie, gericht op risicogroepen.

LITERATUUR

- Graaf R de, ten Have M, van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- Koekkoek B. Verward in Nederland. Hoe we omgaan met mensen met een psychische stoornis. Houten: LannooCampus; 2017.
- Ormel J, Bartel M, Nolen W. De depressieparadox: werkzame behandelingen, maar geen dalende prevalentie. Tijdschr Psychiatr 2004; 46: 237-46.
- Wampold B E, Imel Z E. The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work. New York: Routledge; 2015.

AUTEURS

BAUKE KOEKKOEK, SPV crisisdienst/lector Sociale en Methodische Aspecten van Psychiatrische Zorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

PAUL VAN DER VELPEN, voormalig directeur GGD, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Bauke Koekkoek.

E-mail: bauke.koekkoek@han.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH

Reaction on 'A valid quality system for mental health care: from accountability and control in institutionalised settings to co-creation in small areas and a focus on community vital signs' (2)

Hoewel we weten dat 75% van de psychische problematiek ontstaat voor het 24ste levensjaar en dat kinderen van ouders met psychische problemen een verhoogd risico hebben, maken we nog niet echt werk van selectieve preventie door bijv. 'risicogezinnen' actief te monitoren. Terug naar de ROM: hiermee meet men uitkomsten van behandeling of zorg in de *individuele, curatieve* gezondheidszorg. Als die zorg het goed doet, dan mogen we daarvan een positief effect op de volksgezondheid verwachten – maar dat zien we in Nederland nauwelijks (bijv. Ormel e.a. 2004). Van Os en Delespaul stellen mede daarom een aantal *publieke* gezondheidsparameters voor. Maar deze zijn geen maten voor psychische volksgezondheid: van de 22 gaan er 3 (!) over de gezondheid of het sociaal functioneren van de populatie. De andere 19 zijn procesmaten rond het functioneren van het specialistische ggz-systeem (bijv. 'het aantal klinische opnamedagen in de ggz').

Hoewel we de wens van auteurs delen om het functioneren van het *ggz-systeem* (en niet slechts van individuele behandelaars of instellingen) in beeld te krijgen, zeggen deze parameters niets over de psychische gezondheid van mensen of over de impact van de *ggz* op de Nederlandse volksgezondheid.

In de drang van de auteurs om collectief te meten sneuvelt helaas ook het individu. De cliënt en zijn of haar 'resultaat' zijn onvindbaar, net als de enorme variatie tussen effectieve en niet-effectieve professionals (zie Wampold & Imel 2015) terwijl die volgens ons nodig zijn om de relatie aan te geven tussen de resultaten op individueel en collectief niveau. Wat is de bijdrage van individuele zorg aan de volksgezondheid? En is deze bijdrage effectiever en/of goedkoper dan investeren in collectieve en selectieve preventie?

Ten slotte selectie: terecht problematiseren de auteurs de neiging van zorgaanbieders om hun eigen cliënten te selecteren. Ze lijken vooral te wijzen op de marktwerking van de afgelopen jaren, maar vergeten dat selectie er in de *ggz* altijd geweest is, en dat cliënten en hun omgeving ook zelf selecteren ('ziektegedrag'). Ongeacht organisatie- of financieringsvorm, afgeschoven wordt er altijd. Dat weten cliënten, en ook professionals in de maatschappelijke opvang en de openbare *ggz* (de huidige 'publieke *ggz*' waar o.a. cliënten komen die door de *ggz* geweigerd worden) maar al te goed. Hoe Van Os en Delespaul denken paal en perk te stellen aan die selectiedrang blijft impliciet – zij werken de wijze van prioritering van schaarse zorg helaas niet uit.

Het is lovenswaardig dat de auteurs de individuele *ROM*-metingen willen plaatsen binnen een publiek gezondheidskader. Maar daarvoor is een werkelijke focus op *public mental health* nodig. Dat is meer dan een gratis toegankelijke *light*-versie van de curatieve *ggz* die vooral dient om te selecteren wie er door mag voor echte behandeling. Ook de voorstellen om zaken regionaal 'met elkaar te bespreken' en 'in cocreatie te doen' vragen om meer uitwerking. Daarbij kan de *public-health* benadering helpen omdat we dan niet alleen naar de institutionele zorg kijken, maar ook naar de rol van andere omgevingen (wijk, school en werk) en actoren.

Van Os en Delespaul hebben naar ons idee nog geen alternatief voor *ROM* geboden, maar zijn wel een richting ingeslagen die de moeite waard is. Wij nemen de uitdaging graag aan en werken door aan een publicatie over de bijdrage van de *ggz* aan de Nederlandse *public (mental) health*.

ANTWOORD AAN

Mulder en Koekkoek en Van der Velpen

Wij danken collega's Mulder en Koekkoek en Van der Velpen voor hun constructieve commentaar.

Mulder stelt dat we op geaggregeerd groepsniveau nog iets kunnen leren van *ROM*-gegevens, maar is het – tot onze vreugde – met ons eens dat benchmarking met de *ROM*-cijfers praktisch onmogelijk is. Hiermee vervalt de rationale voor de peperdure logistiek van de jaarlijkse levering van privacygevoelige data van 500.000 Nederlanders aan SBG, die interfereert met de klinische *ROM* in de spreekkamer. We zijn het niet met hem eens dat de *ROM*-metingen op geaggregeerd niveau iets zouden zeggen over wat er 'bereikt wordt'. Het is immers onduidelijk wat geaggregeerde *ROM*-data zeggen over de geleverde zorg (Hafkenscheid & Van Os 2014; 2016). Indien *ggz*-instellingen menen iets te kunnen leren van geaggregeerde *ROM*-data, dan moeten ze dat zelf organiseren en bekostigen, met de eigen interne *ROM*-data. Volgens ons is niet te verdedigen hiervoor een nationale databank à raison van 30 miljoen euro per jaar in stand te houden met 'veronderstelde toestemming' van patiënten.

Mulder stelt verder dat wij als basis voor de organisatie van de *ggz* een kleinschalige *ggz* in de wijk beschrijven met als doel de middelen voor *ggz*-behandelingen rechtvaardig te verdelen om onder- en overbehandeling tegen te gaan. Hij vindt dat wij dit verder niet uitwerken.

Dit klopt. Ons stuk ging over een nieuw kwaliteitskader voor de *ggz* en manieren om effecten van *ggz* over de tijd juist op populatieniveau (kwantitatief) en in een onderling visitatiesysteem (kwalitatief) zichtbaar te maken. Wat ons betreft heeft kwaliteit vooral betrekking op afstemming tussen zorgbehoefte en -consumptie op populatieniveau – die nu gedissocieerd zijn van elkaar, waardoor juist de mensen met de meest complexe problematiek buiten bereik van de *ggz* dreigen te blijven. De uitwerking van de *ggz* in de wijk, de afstemming tussen lokale, stedelijke, regionale en 'specialistische' voorzieningen beschrijven wij in ons boek *Goede GGZ!* (Delespaul e.a. 2016). Daarin komt ook de differentiatie tussen zorg voor complexe en minder ernstige problematiek, die Mulder signaleert, aan de orde.

Overigens beschrijven wij in ons boek geen blauwdruk en zeker geen enkelvoudig 'team' dat 'alles' doet; het is aan de *ggz*-sector om zich opnieuw uit te vinden in de wijk en de weg daar naartoe zal overal anders zijn, afhankelijk van de lokale omstandigheden. Wij vinden het verheugend dat in het hele land de beweging naar de wijk op gang begint te komen. We kunnen van elkaar leren in deze initiatieven, die worden verzameld en inzichtelijk gemaakt via www.samenbeter.org.

Wij delen niet de zorg van Mulder over ‘specialistische protocollaire behandelingen’; in ons boek stellen wij dat de wetenschappelijke evidentie voor dergelijke specialistische protocollaire benaderingen niet erg sterk is en dat het toenemend specialistische discours in de psychiatrie eerder onderdeel van het probleem is geworden. Wel benadrukken wij het belang van professionele ervaring van psychiaters en psychologen, die verandering kunnen bewerkstelligen binnen een therapeutische relatie mede op basis van herstelondersteuning als professionele attitude.

Koekkoek en Van der Velpen vragen zich af wat publieke ggz is en waarom die er niet zou zijn in Nederland. Zij halen enkele klassieke begrippen uit de epidemiologie en de publieke gezondheidszorg aan. Dat er in Nederland wel middelen zijn voor ‘nazorg’, maar niet voor ‘voorzorg’ (via public health), ook bij psychische problematiek, signaleerde de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2010) eerder. De status, mogelijkheden en richtingen van een publieke ggz werden uitgebreid beschreven in het kader van ons Europese FP7 ROAMER-project – waarin ook het gebrek aan publieke ggz in Europese landen inclusief Nederland werd beschreven (Forsman e.a. 2015; Wykes e.a. 2015).

Het artikel waar Koekkoek en Van der Velpen op reageren, ging niet over de uitwerking van de publieke ggz, dat deden we in ons boek (Delespaul e.a. 2016), het ROAMER-project en in een vervolgartikel dat binnenkort verschijnt (van Os ter perse). Verder zijn er uitstekende bijdragen van bijvoorbeeld Wahlbeck (2015) en Campion en Knapp (2018) en onze website www.publiekeggz.nl. De vragen van Koekkoek en Van der Velpen komen in al deze publicaties uitgebreid aan de orde.

Koekkoek en Van der Velpen hebben ook vragen over jaarprevalenties van psychische aandoeningen. De jaarprevalentie is een ‘educated guess’ en hangt sterk af van methodologische factoren. De methodologie zoals gebruikt in de vs komt herhaaldelijk op jaarprevalenties van rond de 30% (Kessler e.a. 2005), terwijl in Nederland de bijgestelde jaarprevalentie van NEMESIS-1 naar NEMESIS-2 dichterbij de 20% is komen te liggen. In een vergelijking tussen landen en methodologieën komen wij daarom tussen de 20% en de 30% (Van Os & Delespaul 2016).

Dat er behalve marktwerking meer factoren zijn die invloed hebben op de selectie van wie in zorg komt, is waar – maar we kunnen ons richten op het veranderbare. In ons boek beschrijven we hoe kleinschaligheid als organisatieprincipe van ggz de schaarsteverdeling letterlijk zichtbaar maakt, en daarmee de selectie rechtvaardiger (Delespaul e.a. 2016). Deze afstemming is nu afwezig omdat de verwijskanalen naar de zorgpaden van grote en

LITERATUUR

- Hafkenscheid A, van Os J. ROM van geïndividualiseerde behandeldoelen. *Psychopraktijk* 2014; 6: 29-32.
- Hafkenscheid A, van Os J. Wat ieder die betrokken is bij ROM zich over de metingen moet realiseren. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 388-96.
- Campion J, Knapp M. The economic case for improved coverage of public mental health interventions. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 103-5.
- Delespaul P, Milo M, Schalken F, Boevink W, van Os J. Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal, verbeterde organisatie. Amsterdam: *Diagnosis*; 2016.
- Forsman AK, Wahlbeck K, Aaro LE, Alonso J, Barry MM, Brunn M, e.a. Research priorities for public mental health in Europe: recommendations of the ROAMER project. *Eur J Public Health* 2015; 25: 249-54.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 617-27.
- Os J van. Multideskundige e-communities als onderlegger van een publieke ggz. TSG [ter perse].
- Os J van, Delespaul P. Epidemiologie. In: Hengeveld M, van Balkom A, red. *Leerboek Psychiatrie* (3de druk). Utrecht: De Tijdstroom; 2016. p. 65-75.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving; 2010.
- Wykes T, Haro JM, Belli SR, Obradors-Tarrago C, Arango C, Ayuso-Mateos JL, e.a. Mental health research priorities for Europe. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 1036-42.
- Wahlbeck K. Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World Psychiatry* 2015; 14: 36-42.

AUTEURS

JIM VAN OS, hoogleraar Psychiatrische epidemiologie en publieke ggz, UMC Utrecht Hersencentrum, UMC Utrecht.
PHILIPPE DELESPAUL, hoogleraar Zorginnovatie in de ggz, Maastricht UMC en Mondriaan, Maastricht.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Jim van Os, UMC Utrecht, Hersencentrum, Postbus 85,500, 3508 GA Utrecht.
E-mail: j.j.vanos-2@umcutrecht.nl

kleine instellingen onzichtbaar langs elkaar lopen en de gevolgen van selecties onzichtbaar blijven.

Koekkoek en Van der Velpen vragen zich af of er aanwijzingen zijn dat psychische gezondheidsparameters een ongunstige ontwikkeling laten zien; wij noemden een aantal factoren. Dat de politie de laatste 5 jaar ruim 60% meer uitrukte wegens acute psychische zorgnood en het aantal dwangopnames de laatste 10 jaar is gestegen met 80% (NRC 27-2-2018) zijn duidelijke indicaties van een ongunstige ontwikkeling.

Koekkoek en Van der Velpen interpreteren onze combinatie van onderlinge kwalitatieve visitaties en het volgen van kwantitatieve populatieparameters over de tijd als ‘*de drang om collectief te meten*’, waarin volgens hen ‘*helaas ook het individu sneuvelt*’ en het vermogen om ‘effectieve’ van ‘niet-effectieve’ hulpverleners van elkaar te onderscheiden. Want zij stellen dat ROM uitkomsten meet van behandeling of zorg in de individuele, curatieve gezondheidszorg. Het probleem is echter: klinische ROM meet *niet* de uitkomsten van behandeling, maar is een flexibel, sturend *forward-feedback* systeem om de behandeling voortdurend bij te kunnen sturen op basis van persoonlijke behandeldoelen (Hafkenscheid & Van Os 2014). Het is – zoals ook Mulder constateert – principaal ongeschikt om ‘effectieve’ tegen ‘niet-effectieve’ hulpverleners te benchmarken, zoals eerder beschreven en gekwantificeerd (Hafkenscheid & Van Os 2014; 2016).

Het idee dat men ‘effectieve’ en ‘niet-effectieve’ hulpverleners van elkaar kan onderscheiden op basis van oppervlakkige symptoomlijstjes is juist anti-individu, omdat het individuele hulpverleners foutief in hokjes wil duwen van goede en slechte hulpverleners. Wij constateren dat de verwarring over wat ROM eigenlijk is en wat je er wel en niet mee kan doen, groot is en blijft. Het moderne geloof dat je de effectiviteit van ggz kan meten en onderling moet vergelijken via een omvangrijk controlesysteem van alle individuele interacties tussen hulpvragers en hulpverleners, overschaduwde het epidemiologische gezond verstand.

Wij stellen daarom een systeem voor van onderlinge kwalitatieve visitaties en het volgen van reeds beschikbare kwantitatieve populatieparameters van zorgconsumptie en -uitkomsten over de tijd. Zo kan de kleinschalige ggz, die letterlijk zicht heeft op, en daarmee controle over, schaarsteverdeling in de wijk, zijn handelen hierop afstemmen en de verhouding zorgconsumptie-zorguitkomsten over de tijd optimaliseren.