

Brieven

Naar een andere kennis-agenda voor de GGZ

Maandag 17 mei jongstleden organiseerde GGZ Nederland in samenwerking met ZonMW en het Trimbos-instituut een bijeenkomst over de kennisagenda 'Psychische gezondheid, een maatschappelijk belang'. De kennisagenda is een uitwerking van een convenant dat de intentie tot samenwerking bekrachtigt tussen de drie partijen in het kader van kennisbeleid. De kennisagenda moet 'coördinatie en sturing' tweebrengen op het gebied van kennisbeleid; ook moet de agenda 'de kloof tussen weten en doen overbruggen'. GGZ Nederland riep op haar site op om mee te discussiëren over de kennisagenda. Van die gelegenheid maken we graag gebruik.

De tekst van de kennisagenda op de website van GGZ Nederland begint met de constatering dat de bereikbaarheid van de GGZ zou zijn toegenomen. Onze indruk is een heel andere. Wachtlijsten, drempels in de vorm van contra-indicaties en poortwachters, invoering van DBC-financiering en herindicering in de AWBZ, hebben er juist voor gezorgd dat de GGZ steeds onbereikbaarder wordt. De invoering van marktwerking, zorgprogram-

mering en zorgzwaartepakketten heeft bovendien een verschraling van de zorg op het platteland met zich meegebracht, vooral in de periferie van Nederland. Het is voor commerciële aanbieders moeilijk om een specialistisch aanbod uit te baten in een dunbevolkt gebied. De toenemende ontoegankelijkheid is ook te zien aan de groei van de sluiproute; de opkomst van de OGGz. Mensen die niet bereikt worden door het reguliere aanbod komen bij de OGGz terecht ondanks de opkomst van FACT-teams.

Een ander bezwaar van de kennisagenda zit in hem in de citatie van Andrews (2004). Wij kunnen nergens een uitspraak vinden waarin Gavin Andrews stelt dat 'als *evidence based* zorg op de juiste wijze zou zijn uitgevoerd en geïmplementeerd, de ziektelast zou worden gehalveerd'. Samen met anderen heeft hij wel zoiets gezegd maar de uitkomsten van dat onderzoek hebben betrekking op affectieve stoornissen en het stamt uit 2003 (Sanderson e.a. in *Journal of Affective Disorders*, 77, 109-125). Het zou nog netter zijn geweest als naar voren was gebracht dat Andrews e.a. in 2003 (*British Journal of Psychiatry*, 183, 427-435) lieten zien dat de invoering van optimale behandelingen op basis van *evidence based* richtlijnen bij schizofrenie slechts bescheiden winst zou opleveren in termen van afname van ziektelast. Andrews e.a. stellen daar letterlijk: 'Even given unlimited funds, three-quarters of the burden of

schizophrenia would remain unvertable.’ (p. 434) Het was overigens beter geweest als de opstellers van de kennisagenda het analysemodel van de WHO (waar Andrews e.a. zich op baseren) hadden gebruikt. Geen consultatiebijeenkomsten waar actoren met deelbelangen meepraten over de kennisagenda, maar een rationele afweging aan de hand van het vijfstappenmodel van de WHO (waar Andrews e.a. naar verwijzen):

- 1 Calculate the burden of a disease.
- 2 Identify the reason why the disease burden persists.
- 3 Judge the adequacy of the current knowledge base.
- 4 Assess the promise of the research and development effort in terms of the probability of a successful development of a cost-effective intervention.
- 5 Assess the magnitude of the current effort and the additional cost of developing a new intervention.

Bij analyse van het tweede punt zou blijken dat de GGZ (alleen) helemaal niet zo’n grote rol kan spelen in het wegnemen van oorzaken (bijvoorbeeld de afname van werkgelegenheid voor lager opgeleiden, afname sociale cohesie, vergrijzing).

Modeltrouw

Ons grootste bezwaar zit hem echter niet in de onjuiste aanname dat de toegankelijkheid zou zijn verbeterd, of in de gekozen methode om een kennisagenda op te stellen, maar in een verdere instrumentalisering van de GGZ en in de buitengewone ambities die in de kennisagenda doorklinken. In de tekst van de kennisagenda staan relatief vaak woorden als: transparant,

bewezen effectiviteit, diseasemanagement, zelfmanagement, prestatie-indicatoren, zorgstandaarden, instrumenten voor uitkomstenmanagement, praktijkinstrumenten gebaseerd op richtlijnen, rendement. De verdere instrumentalisering van de hulpverlening die hiermee wordt beoogd, baart ons grote zorgen. De aard van dit type kennisontwikkeling vergroot juist de kloof tussen weten en doen. Modelbouw vraagt om modeltrouw. In de praktijk van alledag domineren echter waardegeladen beslissingen: wat zou hier en nu kunnen werken? Professionaliteit is steeds opnieuw keuzes maken in nieuwe omstandigheden, gebruikmakend van alles wat je in je hebt, van alles wat zich voordoeit en voorhanden is, waaronder ook kennis van protocollen of zorgstandaarden.

In de woordkeus van de agenda klinkt een beredenerende, doelgerichte, analytische hulpverlener door. De inwisselbaarheid van deze hulpverlener door een andere wordt groter omdat de zorgstandaarden gelijk zijn. Toch zijn juist de zogenaamde ‘common factors’ in de GGZ zo belangrijk (zie het prachtige themanummer over dit onderwerp van *Mental Health Services Research*, maart 2005). Dat zijn de factoren die geen verband houden met de therapie, het programma of de interventie, zoals de mate waarin het klikt tussen hulpverlener en cliënt, de mate waarin deze aan kan sluiten bij hetgeen er nodig is, de sekse of leeftijd van de hulpverlener. Meer dan de specifieke factoren, (de therapie, de interventie, het programma), is juist het vermogen van hulpverleners om van standaarden af te wijken, om contexten mee te wegen, om kennis zo te gebruiken dat het in deze specifieke situaties past,

belangrijk. Juist dit vermogen wordt met deze kennisagenda naar de achtergrond gedrukt. Voor professionals lijkt het ons niet erg motiverend om inwisselbaar te zijn, om een uitvoerder van standaarden te worden. Wat ons betreft: humanisering boven instrumentalisering. *Evidence based* onderzoek en het isoleren van ‘common factors’ blijkt ingewikkeld en legitiemeert daarmee niet de exclusieve keuze voor dit type onderzoek. *Practice based evidence* is net zo legitiem maar heeft geen plaats in de kennisagenda.

Een laatste bezwaar is dat de GGZ en haar mogelijkheden in de kennisagenda worden uitvergroet. Sterker nog, de kennisagenda is zelfreferentieel in haar retoriek, in haar bedoelingen en in haar ambities. De GGZ ziet haar eigen handelen als determinant van mentale veerkracht en geluk. Ze ziet zichzelf als beginpunt, als scharnierpunt naar verandering, terwijl ze als tweedelijnsinstelling nauwelijks aanwezig is in de dagelijkse wereld van haar cliënten, ze geen werk of sociale verbanden kan creëren. Waar bescheidenheid geboden is over de evidentie van therapieën en over de mogelijkheden van de GGZ om al het leed te keren, is de kennisagenda misplaatst ambitieus en onterecht optimistisch.

Kloof dichten

De aanpak om tot een kennisagenda te komen is weinig rationeel; de agenda leunt zwaar op consultatiebijeenkomsten waar actoren met deelbelangen hun invloed doen gelden. Het vijfstappen model van de WHO biedt hiervoor – zoals gezegd – een goed alternatief. De kennisagenda brengt, misschien onbedoeld,

ook een ongewenste instrumentalisering van de GGZ met zich mee. De kloof tussen weten en doen wordt daarmee verder vergroot. Een kennisagenda waar humanisering boven instrumentalisering wordt gesteld, heeft onze voorkeur. Reflectie op het zelfreferentiële gehalte van de kennisagenda is wat ons betreft geboden. We pleiten ervoor om het accent te verschuiven van *evidence based practice* naar *practice based evidence*.

Wij zien wel degelijk urgente thema's voor een kennisagenda: reflectie op de positie van de GGZ als het hoogste adres (tweede lijn) en de noodzaak om bescheiden en dienstbaar in de samenleving aanwezig te zijn; de noodzaak om de kloof tussen weten en doen te dichten; evidentie en de rol van de ‘common factors’.

Het is te hopen dat de voorliggende kennisagenda nooit verwezenlijkt wordt.

DE DALTONS UIT GRONINGEN:

Marlieke de Jonge, Netwerk cliëntdeskundigen
en stafmedewerker empowerment bij Lentis
Frank Jongsma, procesmanager Vastgoed en
Wonen, Lefier
Gerard Lohuis, spv, Lentis Groningen,
Louis Polstra, lector arbeidsparticipatie
Hanzehogeschool Groningen
Ronald Schilperoort, Kwartier Zorg & Welzijn,
coördinator OGGz in de gemeente Hoogezand-
Sappemeer en Slochteren
Gert Schout, lector OGGz Hanzehogeschool
Groningen
www.dedaltongroningen.nl