

Bouwstenen voor een Masterplan?

Het is niet verstandig wanneer ik hier een masterplan voor de hele GGZ ga schetsen. Pogingen daartoe worden genoeg gedaan en staan actueel in de belangstelling (bijv. 'Lijm de Zorg' en artikel Manon Kleijweg en publicaties Jim van Os). Een "Masterplan Ambulantisering" zou een wat minder brede scoop hebben dan een Masterplan GGZ, maar een bredere scoop dan alleen maar EPA en FACT. Misschien nuttig de Staatssecretaris te vragen welk type masterplan men wenst..

Om toch iets over een mogelijk Masterplan Ambulantisering te zeggen:

- 1) Vereist is een positieve preambule, waarom we het doen: ambulantisering is veel meer dan afbouw van bedden. Hoewel opname soms nodig kan zijn, staat een kliniek de eigenheid en volwaardig maatschappelijk functioneren in de weg.
Ambulantisering beoogt om mensen die voorheen opgenomen werden zoveel mogelijk het ambulant (in eigen omgeving) begeleiding en behandeling te bieden met als doel (eventueel met beperkingen) volwaardig te kunnen functioneren in eigen omgeving.
- 2) Het begrip 'ambulantisering' is nauw verbonden met de 'de-institutionalisering', als afscheid van het vroegere paternalistische, ont-individualiserende totaal-instituut. Zo sluit het goed aan bij 'Herstel' en ervaringsdeskundigheid.
- 3) Voor het kunnen functioneren in eigen omgeving is naast behandeling allerhande steun noodzakelijk. Daarom moeten GGZ, MIND, Gemeenten en Rijk gezamenlijk formuleren welke zorg aan mensen met ernstige psychiatrische problemen dient te worden geleverd met een zinnig en zuinig gebruik van opname als interventie.
- 4) Beddenreductie is eigenlijk een verkeerde maat van ambulantisering. De maat voor evaluatie van ambulantisering is in welke mate deze doelgroep de noodzakelijke zorg krijgt en hoe deze doelgroep daarmee maatschappelijk kan functioneren. Als het rapportcijfer voor kwaliteit van leven, veiligheid en geboden zorg in de ambulante situatie positief is, is ambulantisering geslaagd. Wanneer dat lukt, zal ook het aantal bedden afnemen. Echter het destijds genomen streefdoel van 30% minder bedden, was eigenlijk een verkeerde parameter om het succes van ambulantisering te meten.

Waarom ambulantiseren?

We zetten in op een optimale ambulante zorgverlening omdat integrale ambulante zorgverlening de kansen op genezing, herstel en beter maatschappelijk functioneren voor deze EPA-groep vergroot. Daarbij richten we ons op twee groepen: (1) de mensen die nu zijn opgenomen en (2) de mensen met EPA, die in eigen omgeving meer intensieve zorg moeten ontvangen om de opname te voorkómen. Bij de eerste groep die (al langer) is opgenomen, zien we dat herstel binnen die opname vaak moeilijker is dan in eigen omgeving. Klinische opname kan echt nodig of wenselijk zijn, maar vervreemdt ook van het eigen netwerk en verstoort leefpatronen. Voor veel mensen met EPA is een psychiatrische afdeling veel te druk en anderzijds ontdaan van gewone dagelijkse zaken zoals eten koken, boodschappen doen, door de buurt wandelen. De stap terug naar huis (ontslag) is vaak heel groot: van 7 x24 uur zorg naar één of twee uur per week. Daarbij is bekend dat hetgeen wat je in een opname leert, niet zo gemakkelijk generaliseert naar de thuissituatie. Wanneer mensen iets leren op de plek waar ze het kunnen gebruiken, is dat leren effectiever.

Bij de tweede groep (die nog niet is opgenomen) biedt intensieve ambulante psychiatrische én maatschappelijke zorg de kans op preventie van opname. Ook hier geldt dat behoud van contacten en het leren zorgen voor jezelf (met de nodige steun zo nodig) beter leerbaar is in de eigen omgeving. De eerste voorloper van ACT in de VS heette niet voor niets 'Training in community living'. Als die

training lukt, ontwikkelt de persoon met EPA ook z'n steuntjes in de wijk, professioneel van GGZ en Gemeente of via mantelzorg, betrokken naasten en vaak lotgenoten.

Guus Schrijvers
Oud-hoogleraar Public Health
Auteur

Guus Schrijvers
06 30074477
mail@guusschrijvers.nl