

## **Bijlage 1. Ontwikkelingen in de ziekenhuispsychiatrie**

Tot eind jaren vijftig van de vorige eeuw waren er nauwelijks effectieve behandelingsmogelijkheden voor psychiatrische stoornissen. Het medisch model, dat in de somatische gezondheidszorg inmiddels zijn vruchten afwierp, waardoor de voormalige “ziekengasthuizen” veranderden in behandelingsklinieken, had voor de patiënt met een psychiatrische stoornis nog weinig te bieden. Het beleid bij patiënten met psychiatrische stoornissen bleef dan ook lang gericht op institutionalisering, met het milieu van de patiënt als voornaamste te beïnvloeden factor, naast de al oudere psychotherapeutische behandeltechnieken, geworteld in de psychoanalytische theorie. Deze institutionalisering vond van oudsher plaats in de Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ). Psychiatrie was nog geen apart medisch specialisme maar onderdeel van het specialisme zenuw-en zielsziekten.

In de jaren zestig en zeventig namen met de komst van de psychofarmaca enerzijds de medische behandelingsmogelijkheden van psychiatrische stoornissen toe, waardoor het medisch model ook zijn vruchten begon af te werpen voor patiënten met psychiatrische stoornissen, anderzijds ontstond in de somatische gezondheidszorg het besef dat het medisch model niet alles kon bieden wat patiënten met somatische aandoeningen aan zorg behoefden. GGZ-werkers deden hun intrede in de algemene gezondheidszorg, ten behoeve van somatisch zieken, en vanaf het moment dat psychiatrie als zelfstandig specialisme werd erkend -pas in 1971- ontstonden ook zelfstandige psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ).

Vanuit de PAAZ werd de groeiende vraag vanuit de somatische disciplines aan psychiatrische expertise ten behoeve van somatisch zieken voldaan, waarmee de consultatieve psychiatrie was geboren. Aanvankelijk was deze monodisciplinair psychiatrisch van aard, doch eind jaren tachtig van de vorige eeuw ontstonden de eerste initiatieven tot het inzetten van consultatief psychiatrisch verpleegkundigen, ter ondersteuning van somatisch verpleegkundigen bij het hanteren van patiënten met gedragsproblemen op somatische afdelingen. De consultatieve psychiatrische verpleegkunde bleek in een grote behoefte te voorzien en inmiddels zijn in veel algemene ziekenhuizen consultatief psychiatrisch verpleegkundigen werkzaam.

De medische behandelingsmogelijkheden in de psychiatrie namen steeds meer toe, waardoor het stigma van psychiatrische ziekten als zijnde chronisch en institutionalisering behoevend, vermijdbaar werd. Deze medische behandelingsmogelijkheden waren uiteraard aan de APZ-en niet voorbij gegaan, maar voor patiënten was opname in het regionale ‘krankzinnigengesticht’ toch meer stigmatiserend dan opname op de PAAZ. Ook de overheid had forse kritiek op het stigmatiserende karakter van het APZ, en de kwaliteit van de behandeling aldaar, en kende in de jaren '70 de PAAZ een centrale plaats toe in de Geestelijke Gezondheids Zorg (GGZ). Deze ontwikkelingen maakten dat PAAZ-, Consultatieve- en Liaisonpsychiatrie, samen de ziekenhuispsychiatrie, een zekere bloei doormaakte, daarin gesteund door internationale ontwikkelingen, met name in De Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk. De consultatieve- en liaisonpsychiatrie bleef in ons land wel altijd achter in groei, omdat consultatieve psychiatrie geen budgetparameter vormde, waardoor er ook nooit geormeerde formatie voor bestond.

De ziekenhuispsychiatrie vormde een schakel tussen algemene gezondheidszorg en GGZ in die zin dat verwijzingen naar de ziekenhuispsychiatrie veelal afkomstig waren uit de algemene gezondheidszorg (huisartsen en specialisten van andere disciplines) en verwijzingen door de ziekenhuispsychiatrie veelal plaatsvonden naar de overige GGZ-voorzieningen.

Hoewel ziekenhuispsychiatrie qua aantal bedden en beschikbare formatieplaatsen een relatief klein deel omvat van de GGZ als geheel, is zij qua aantal opnames, dagbehandelingen, polikliniekbezoeken en intercollegiale consulten omvangrijk. Uit het rapport van Jabaaij en Hutschemakers ("Vraag en aanbod in de PAAZ", Trimbosinstituut 1998) blijkt dat de PAAZ destijds met slechts 7% van de totale bedden capaciteit binnen de GGZ 32 % van alle psychiatrische opnames weet te realiseren en ook de polikliniekproductie van de PAAZ is verhoudingsgewijs veel groter dan die van het APZ. Deze cijfers illustreren de grote efficiency van de ziekenhuispsychiatrie.

De mening van de overheid over de positie van de ziekenhuispsychiatrie is de afgelopen decennia niettemin sterk aan fluctuatie onderhevig geweest. Het overheidsbeleid rond de ontwikkelingen in de GGZ werd sinds de "Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid" uit 1984 jaar gedomineerd door de wens tot vermaatschappelijking van de GGZ, waarbij de specifieke functie van de ziekenhuispsychiatrie uit de aandacht verdween. De vermaatschappelijking van de GGZ zou gerealiseerd moeten worden middels kleinschalige regionale GGZ-voorzieningen (Multifunctionele Eenheden (MFE's), later Regionale GGZ Centra (RGC's) genaamd), waarin APZ, RIAGG, RIBW en eventueel de PAAZ zouden samenwerken ten behoeve van een populatie van 100.000 tot 200.000 inwoners. Deze regionale GGZ-voorzieningen zouden gebouwd moeten worden aan of in de onmiddellijke nabijheid van het algemeen ziekenhuis, waarbij het algemeen ziekenhuis als bouwheer optrad.

De RGC-vorming bood kansen voor de kwalitatieve en kwantitatieve beschikbaarheid van de ziekenhuispsychiatrie, maar ook bedreigingen. Juist om die kansen optimaal te benutten en de bedreigingen het hoofd te bieden, is in 1994 besloten om als verenigingen samen te werken (NFZP i.o.). Dit heeft er toe geleid dat in 1997 de NFZP is opgericht.

Met de instelling in januari 1994 van een commissie van advies inzake de functie ziekenhuispsychiatrie waaraan ook de NFZP i.o. participeerde in relatie tot de ontwikkeling van multifunctionele eenheden door de toenmalige minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur leek de ziekenhuispsychiatrie weer op de politieke agenda geplaatst.

De commissie Ziekenhuispsychiatrie bracht in mei 1995 het advies "Over de grenzen heen. Ziekenhuispsychiatrie: speerpunt voor integratie van somatiek en psychiatrie, schakel tussen algemeen ziekenhuis en geestelijke gezondheidszorg" uit aan de nieuwe minister van een nieuw departement: Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In dat advies wordt nog eens gesteld dat

*"de ontwikkeling van multifunctionele eenheden (MFE-en) zowel kansen biedt voor de ziekenhuispsychiatrie, maar ook een punt van zorg. MFE-en, gekoppeld aan het algemeen ziekenhuis bieden een mogelijkheid voor algemene ziekenhuizen zonder PAAZ om een samenhangend aanbod te creëren. Daarnaast biedt de deelname van de PAAZ aan de MFE meer mogelijkheden voor een betere inbedding van de ziekenhuispsychiatrie in het GGZ-aanbod en voor de ontwikkeling van vormen van zorgvernieuwing. Van belang is echter dat de medisch-psychiatrische behandelvisie van de PAAZ, de korte verwijslijnen, de relatie met de eerste lijn, in de MFE-vorming gewaarborgd worden. In de praktijk vormen de PAAZ-en ( hoewel zij een disproportioneel groot deel van het totaal aan psychiatrische opnames en poliklinische behandelingen voor haar rekening neemt), veelal een kleine partner in het regionale GGZ-veld, wat er toe kan leiden dat PAAZ-en niet worden betrokken bij de MFE-vorming, danwel dat de specifieke inbreng onvoldoende tot zijn recht komt".*

Met dit advies is nooit veel gedaan. Ondanks het door de minister van VWS instemmend begroette advies van de commissie ziekenhuispsychiatrie komt de term ziekenhuispsychiatrie niet voor in de beleidsvisie GGZ van VWS uit 1999. Ook de PAAZ-en worden hierin slechts zeer sporadisch en zijdelings genoemd als andere GGZ-zorgaanbieder waar de regionale GGZ-centra, inmiddels bestaand uit een fusie tussen RIAGG, APZ en RIBW mee moeten samenwerken.

In het kader van de door de overheid gewenste RGC-vorming ontstonden het afgelopen decennium namelijk megafusies van APZ-en met RIAGG's, RIBW's en soms ook herstellingsoorden onder GGZ-bestuur. Deze GGZ-mologgen werden vervolgens opgeknipt in meerdere kleinere regionale GGZ-voorzieningen, conform het overheidsbeleid. Op enkele plaatsen werden ook PAAZ-en opgenomen in het fusieverband, niet zelden omdat algemene ziekenhuizen nieuwbouw werd geweigerd, tenzij zij de aanwezige PAAZ zouden onderbrengen bij het RGC. De algemene ziekenhuizen hadden er wel oren naar hun psychiatrische bedden over te hevelen naar de GGZ en de GGZ kon deze bedden goed gebruiken om de in die jaren opgelegde beddenreductie enigszins te compenseren. Dergelijke fusies van PAAZ-en met een RGC onder GGZ-signatuur bleken zeer nadelige gevolgen te hebben voor de kwantitatieve en kwalitatieve beschikbaarheid van de ziekenhuispsychiatrie.

PAAZ-medewerkers verruilden hun dienstverband met het algemeen ziekenhuis met dat van de GGZ. Het besturingsmodel binnen de GGZ wijkt sterk af van het algemeen ziekenhuis. Waar in het algemeen ziekenhuis sprake is van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf waarin de medische eindverantwoordelijkheid duidelijk is geregeld, is daar binnen het besturingsmodel van de GGZ geen sprake van. Medisch specialisten spelen binnen het besturingsmodel van de GGZ geen nevengeschiedte maar ondergeschikte rol. Waar PAAZ-en fuseerden met RGC's werden consultatieve diensten uitgekleeft: weliswaar kan worden gesteld dat het aantal consultatief psychiatrisch verpleegkundigen de afgelopen jaren is toegenomen, een ontwikkeling die de NFZP op zich tevreden stelt: consultatief psychiatrisch verpleegkundigen hebben een niet meer weg te denken eigen plaats binnen de ziekenhuispsychiatrie. De mogelijkheid om patiënten met somatische co-morbiditeit psychiatrisch op te nemen nam af. Ook de afstand tussen psychiaters en medisch specialisten van andere disciplines nam toe, net als die tussen (consultatief) psychiatrisch verpleegkundigen en hun somatische collegae, nu de beroepsbeoefenaren met verschillende directies van doen hadden. Ziekenhuispsychiatrie raakte zo weer onbekend en onbekend maakt onbemind.

Het verlies van de eigen signatuur van de ziekenhuispsychiatrie leidde tot verzet bij resterende PAAZ-en tegen een fusieverband met de GGZ, hoewel op een aantal plaatsen nog wel een samenwerkingsverband kon ontstaan, met respect voor de eigen identiteit van de samenwerkende partners. In 2001 kwam het signaleringsrapport "Evaluatie Regionale GGZ-centra" door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen uit (juni 2001) Pas op de valreep, en dan nog door toevallige omstandigheden, werd aan vertegenwoordigers van de ziekenhuispsychiatrie (NFZP en *Sectie Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie*, SCZP) om een mening gevraagd. In dit signaleringsrapport wordt opgemerkt dat de overheidsdoelstelling ten aanzien van de RGC-ontwikkeling uit de laatste ministeriele nota betreffende de GGZ, de nota "Onder anderen" uit 1992, in 2001 bij lange na niet is gehaald: voorzien was dat in het jaar 2000 80 RGC's gerealiseerd zouden zijn maar in 2001 blijken dat er slechts 17 te zijn. Het signaleringsrapport suggereert een verharding in het VWS-beleid ten aanzien van RGC-vorming sinds de VWS-beleidsvisie GGZ uit 1999: van

*“samenwerking van GGZ-partners inclusief PAAZ op basis van vrijwilligheid en met respect voor elkaars identiteit”* zoals verwoord in de VWS-beleidsvisie GGZ 1999 tot *“integratie van de PAAZ binnen een RGC, resulterend in eendere signatuur met één voordeur, één behandelvisie en één besturingsmodel”*

(m.a.w. een fusie) zoals verwoord in het signaleringsrapport. In de praktijk wordt dat altijd de GGZ-signatuur, gezien de getalsmatige verhoudingen tussen GGZ-molog en PAAZ.

In het signaleringsrapport wordt slechts lippendienst verleend aan de noodzaak tot instandhouding van de functie ziekenhuispsychiatrie door nog eens te noemen dat de positie van de ziekenhuispsychiatrie binnen de RGC's gewaarborgd moet zijn, doch deze waarborg wordt nergens geoperationaliseerd. Integendeel, het signaleringsrapport ademt de sfeer uit van de voornaamste doelstelling van de RGC-vorming: vermaatschappelijking van de GGZ. De consequenties voor de ziekenhuispsychiatrie bij een gedwongen fusie tussen PAAZ en RGC lijkt van ondergeschikt belang.

In 2004 werd het RGC-beleid door de betrokken partijen geëvalueerd. Het bleek dat de totstandkoming van de RGC's in veel gevallen erg moeizaam verliep. Er werden gekunstelde constructies bedacht die in de meeste gevallen niet hadden geleid tot een betere samenwerking, maar tot het opgaan van de PAAZ in de GGZ-instelling. De Minister van VWS constateerde dat de gedwongen samenwerking tussen de AGZ en GGZ niet werkte en dat als onbedoeld neveneffect de ziekenhuispsychiatrie in veel ziekenhuizen een slechtere positie hadden gekregen in plaats van een sterkere. De conclusie was dat het beoogde gezamenlijke aanbod van somatische en psychiatrische zorg met het huidige RGC-beleid onvoldoende werd gerealiseerd.

Het RGC-beleid werd losgelaten en een nieuwe beleidsvisie werd geformuleerd. Het belangrijkste uitgangspunt is dat de geestelijke gezondheidszorg voor een groot deel behoort tot de algemene curatieve gezondheidszorg. En dat een integraal zorgaanbod kan worden bevorderd door de financiering en organisatie van de GGZ te laten aansluiten bij die van de curatieve zorg. Het DBC-GGZ-traject werd gestart om die aansluiting in de toekomst te kunnen realiseren. Tegelijkertijd werden voorbereidingen getroffen om de curatieve GGZ van de AWBZ over te hevelen naar het tweede compartiment. De overheid gaat niet langer uit van haar sturende rol en laat de verantwoordelijkheid voor goede zorg op maat over aan aanbieders en verzekeraars in de eigen regio. De regelgeving die het RGC-beleid ondersteunde, zoals de afspraken om nieuwbouw van een PAAZ te koppelen aan de vorming van een RGC werd verlaten. Het wordt aan regionale partijen overgelaten of een RGC gevormd wordt of een PAAZ zelfstandig blijft bestaan. (uit brief minister Hoogervorst dd 13 december 2004 bijlage 5)

#### MPU-ontwikkeling

De PAAZen hebben de afgelopen jaren zich geheel of gedeeltelijk omgevormd naar een PMU (psychiatrische Medische Unit). Het belang om integrale zorg te bieden aan patiënten die zowel somatisch als psychiatrisch ziek zijn. Ook de consultatie door de verpleegkundige van de PAAZ heeft zich in die tijd sterk ontwikkelt. Elke PAAZ afdeling heeft nu een Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundige (CPV er) in dienst om somatische afdelingen patiënten te ondersteunen of te begeleiden als er sprake is van ook psychiatrische problematiek. Ook worden de verpleegkundigen door de CPV-er ondersteunt bij de begeleiding van de ze patiënten

In 2005 werden DBC's ontwikkeld voor de consultatieve psychiatrie ten behoeve van DBC-Zorg. VWS erkent de problemen en is het eens met de visie van de NFZP dat toegewerkt moet worden naar integratie van beide systemen naar één DBC-systeem

Van oudsher hebben de psychiatrie en de medische psychologie zich in de algemene ziekenhuizen los van elkaar ontwikkeld. Het is de laatste jaren, mede dank zij de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen, steeds duidelijker geworden dat samenwerking en afstemming van groot belang is om patiëntenzorg te bieden conform de 'state of the art'. In 2006 werd daarom overleg gevoerd tussen NFZP en PAZ (Psychologen Algemene en Psychiatrische Ziekenhuizen).

*De NFZP heeft hieraan een bijdrage geleverd. Wat hierachter staat weglaten of overhevelen naar activiteiten NFZP? Overhevelen naar activiteiten [[heeft de NFZP een bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de consultatieve psychiatrische DBC's ten behoeve van de DBC-Zorg. In datzelfde jaar heeft de NFZP correspondentie gevoerd met VWS over de invoering van de DBC. Ondanks andere toezeggingen bleek dat er toch verschillen ontstonden tussen de DBC-zorg en de DBC-GGz]].*

*Er zijn helaas grote verschillen tussen DBC-Zorg en DBC-GGz, waardoor aparte IT-programma's nodig zijn. [[ Weglaten: Deze verschillen waren zo groot dat er speciale IT-programma's ontwikkeld moesten worden voor enerzijds de DBC-zorg en anderzijds de DBC-GGz. Voor de algemene en academische ziekenhuizen betekent dat investeren in twee systemen met alle problemen van dien. Begin 2006 heeft de NFZP in een overleg met VWS hiervoor opnieuw aandacht gevraagd.]]*