

Gedeelde taak is halve taak

R. Bruggeman

In een onderzoek naar de samenwerking tussen de verschillende partijen in Groningen rond mensen met een psychische kwetsbaarheid kwam het begrip 'psychologisch eigenaarschap' naar boven. Dat is de mate waarin individuen voelen dat het doel van het eigenaarschap (bijvoorbeeld de zorg) daadwerkelijk van hen is. Een gezamenlijk gevoel van psychologische eigenaarschap kan ontstaan als je ontdekt dat er meer mensen zijn die dit zo voelen. Dit kan een positief effect op de samenwerking hebben. Maar, als psychologisch eigenaarschap te sterk individueel wordt ervaren, kan het de samenwerking ook in de weg zitten. Laat ik dit illustreren aan de hand van mijn eigen psychologisch eigenaarschap.

Psychologisch eigenaarschap en krapte

Tijdens mijn opleiding in een medisch georiënteerde PAAZ voelde ik vooral op de polikliniek een sterk persoonlijk psychologisch eigenaarschap; het ging om 'mijn patiënten en hun problemen waren mijn verantwoordelijkheid'.

Binnen de academische setting waar ik vervolgens werkte, groeide met de jaren een meer gezamenlijk psychologisch eigenaarschap toen we de FACT-methode omarmden. De 'mensen op het FACT-bord' waren nu van ons allemaal.

Vorig jaar kwam ik te werken op een langdurige behandelsetting, waar de bewoners soms al velen jaren verblijven. Deze *nurse-led* afdeling wordt geleid door een teamleider. Als psychiater voelde ik mij een beetje 'onteigend': dit waren niet mijn patiënten, maar bewoners, waar ik op consultbasis de psychiatrische behandeling mede vorm mocht geven. Mijn psychologisch eigenaarschap - lees mijn behoefte aan verantwoordelijkheid nemen en behandelen - kreeg toch een lichte knauw. Pas toen een collega-psychiater mij uitlegde dat 'we ook geen hoofd van een afdeling moeten willen zijn, als we dat niet waar kunnen maken', viel bij mij het kwartje. Hier voelde ik het psychiatertekort aan den lijve.

Gaan we vluchten cancelen?

De ggz begint ondertussen steeds meer het 'Schiphol' van de gezondheidszorg te lijken: door een ernstig

personeelstekort kunnen diensten niet meer worden aangeboden; nu moeten mensen na gaan denken over alternatieven. Dit roept, bij zowel de ggz als Schiphol, allerlei vragen op: kwesties van maatschappelijke, (sociaal-)economische, ethische-filosofische en duurzame/milieutechnische aard.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kiest haar eigen weg om de zorg aan te gaan sturen, omdat ze zich ernstig zorgen maakt over het personeelstekort en de grote zorgvraag. Ze heeft het voornemen de gegevens te verzamelen van 800.000 patiënten om zo een uitspraak te kunnen doen over wat de juiste zorg voor de juiste patiënt op de juiste plek moet zijn.

Los van de privacydiscussie die over dit onderzoek is losgebarsten, kunnen we erover zeggen dat het een nogal ambitieuze studie is. Het zal zeker een aantal jaren vergen om enige zeggingskracht te krijgen over het daadwerkelijke beloop van psychiatrische stoornissen, zorgvraag en -aanbod. Het gaat immers niet alleen om wie er verbetert met welke behandeling, maar minstens zo belangrijk is de vraag wie wel en wie niet een recidief krijgt. De uitkomsten van een dergelijke studie zullen over een aantal jaar misschien bijdragen aan een efficiëntere ggz. Maar het tekort aan personeel en de te grote zorgvraag zullen we er niet mee oplossen.

Inmiddels lijkt het erop dat wij ook al delen van ons aanbod aan het cancelen zijn. De problemen in de ggz vragen dan ook niet om nog meer studies, maar om gedurfde innovaties.

Eén daarvan wil ik hier toelichten.

Taakdeling

In lage- en middeninkomenslanden kent men het tekort aan ggz-medewerkers al veel langer (2 ggz-medewerkers per 100.000 inwoners, tegenover meer dan 70 per 100.000 in de hoge-inkomenslanden) (WHO 2017). *Task-sharing* of 'taakdeling' is een strategie waarmee de WHO de toegang tot geestelijke gezondheidszorg in deze landen bereikbaar wil maken en het tekort aan hoog opgeleid personeel wil ondervangen. De WHO (2022) omschrijft taakdeling als 'een proces waarbij specifieke taken worden overgedragen, waar mogelijk, naar mensen met een kortere opleiding en minder kwalificaties'.

AUTEUR

Richard Bruggeman, psychiater en emeritus hoogleraar Neuropsychiatrie van psychotische stoornissen.

Correspondentie

Prof.dr. Richard Bruggeman (r.bruggeman@umcg.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

LITERATUUR

De literatuurlijst is online te raadplegen.

In Nederland kennen we inmiddels wel al voorbeelden van *task-shifting* (taakverschuiving, ook wel taakdifferentiatie): de verpleegkundig specialist die veel regie- en behandeltaken overneemt van psychologen en psychiaters en de gedragstherapeutisch medewerker die delen van cognitieve gedragstherapie overneemt.

Ik kwam het begrip ‘taakdeling’ voor het eerst tegen in een nog lopende studie van Veling e.a. (2019), die in Afrika samen met traditionele genezers de detectie van mensen met een eerste psychose proberen te optimaliseren. Recent publiceerde *The Lancet* een grote (n = 307) gerandomiseerde studie naar taakdeling van traditionele genezers en eerstelijnsgezondheidswerkers bij de behandeling van mensen met een psychotische stoornis (Gureje e.a. 2020). In de interventiegroep namen de psychotische symptomen meer af dan in de controlegroep. Ook was de interventie kosteneffectief.

Nog een stapje verder

In de genoemde studies trekken de twee professies gezamenlijk op. In een recente review over taakdeling bij psychotherapie gaat Klaus Lange (2021) een stapje verder. Hij concludeert op grond van een aantal goed uitgevoerde studies in lage- en middeninkomenslanden dat psychotherapie effectief uitgevoerd kan worden door lager opgeleide gezondheidswerkers en door leken (niet-professionals), onder supervisie van psychiaters en klinisch psychologen. In een cochrane review over dit onderwerp is men ook voorzichtig positief als het gaat om ‘*non-specialist health workers*’ en de behandeling van volwassenen met een depressie- of angststoornis, moeders met een postnatale depressie, en mensen met een posttraumatische stressstoornis (Van Ginneken e.a. 2013).

Taakdeling wordt ook in de VS inmiddels genoemd als optie voor grote dunbevolkte gebieden (Hoeft e.a. 2018). Misschien nog interessanter zijn de in Afrika, Zuid-Amerika en Zuidoost-Azië ontwikkelde programma's zoals *Friendship Bench* en *Thinking Healthy Programme*. Het zijn goed onderzochte interventies die aspecten van (cognitieve) gedragstherapie en oplossingsgericht werken in zich dragen (Chibanda e.a. 2015; Fuhr e.a. 2019).

De *Friendship Bench*-methode bestaat uit 6 sterk

probleemgerichte sessies en 6 lotgenotencontacten, die allemaal plaatsvinden op een bankje buiten de kliniek. In een grote RCT droeg deze interventie duidelijk positief bij aan het afnemen van depressieve symptomen (Chiandi e.a. 2016). Het *Thinking Healthy Programme - peer delivered*, waarbij moeders andere moeders met een perinatale depressie bijstaan, liet een gemiddeld effect op de depressieve symptomen zien en gaf een duidelijke besparing op zorggebruik en -kosten (Fuhr e.a. 2019). Inmiddels bereiken deze interventies ook the Global North. Zo implementeert de stad New York de in Zimbabwe ontwikkelde *Friendship Bench*-methodiek en onderzoekt men in Italië het in Pakistan ontwikkelde *Thinking Healthy Programme* (zie Lange voor referenties).

Kennis terugbrengen

Kenmerkend voor deze laatste interventies is dat ze de kennis (terug)brenge van de psychiatrie naar de maatschappij, vooral waar het gaat om leken- en lotgenoteninterventie. Op die manier voorkómen ze - wat ik maar noem - de verdere professionalisering van het levensleed, die in Nederland in de jaren zeventig van de vorige eeuw begon. Deze interventies geven ook *empowerment* aan belanghebbenden in de samenleving en kunnen zo een bijdrage leveren aan de geestelijke gezondheidszorg bij het huidige en toekomstige personeelstekort. Kortom, psychologisch eigenaarschap is voor psychiaters een belangrijk begrip (ook om het eigen denkraam te onderkennen en daarna te vergroten), vooral wanneer het gaat om samenwerken, binnen en buiten de ggz. Gezien de urgente situatie van personeelstekorten in de zorg moet er snel meer ruimte komen voor nieuwe initiatieven. Onderzoek is goed, innovatie is beter. Taakdeling (task-sharing) kan daarbij een leidend concept zijn. Inspirerende, *evidence-based* voorbeelden zijn er volop te vinden in the Global South, in landen met een lage psychiaterdichtheid.