

## Nieuwe oplossingen voor werkbare GGZ-ZORG voor kinderen

**De GGZ bevindt zich in een steeds pijnlijker spagaat. Enerzijds is er de dwingende roep om kostenbeheersing en anderzijds de noodzaak tot kwaliteitsgarantie. Er zijn dus twee schijnbaar tegengestelde opdrachten in de GGZ die uiteindelijk hebben geleid tot een kramptoestand. Toch zijn er goede oplossingen denkbaar. Zo kan bijvoorbeeld het functioneel profiel effectief ingezet worden als praktisch instrument bij de noodzakelijke samenwerking.**

Ook in de zorg voor de jeugd treffen we het ‘spagaatprobleem’ aan. Hoe moeten we het zo organiseren, dat elk kind in nood de noodzakelijke hulp krijgt? Hoe vermijden we overdiagnostiek, maar ook onderdiagnostiek? Hoe houden we dat betaalbaar en waarop sturen we?

Als de diverse vormen van zorg voor de jeugd via de WMO gaan lopen, is het de vraag of deze spagaat op te heffen is. Maar een meer integratieve denkwijze is wel degelijk mogelijk. Een methodische blauwdruk die recht doet aan de betrokken partijen en met name het kind. En die zowel sturing mogelijk maakt op de werkvloer, als terugkoppeling levert naar beleidsmakers.

### **Kostenbeheersing of kwaliteit?**

In deze actuele problematiek kunnen we twee partijen onderscheiden: de ‘kwalitatieven’ en de ‘kwantitatieven’. Aan de ene kant zien we hen die menen dat kwaliteit van zorg samenvalt met goede diagnostiek en behandeling van aandoeningen. Een stricte kostenbeheersing doet hen vrezen voor uitkleding van zorg en voor geen ruimte voor verbetering van de kwaliteit.

Aan de andere kant zien we hen die menen dat kwantiteit van zorg rechtstreeks samenhangt met kosten. Kosten dienen beteugeld te worden middels een verlaging van de kwantiteit. Als elke nieuwe vorm van diagnostiek en behandeling zou worden toegepast, zullen de kosten ongebreideld stijgen.

Deze paradox manifesteert zich opnieuw in de aanloop naar de WMO. Indien hij niet wordt ontzenuwd, zijn de volgende scenario’s mogelijk: De kwalitatieven zullen de noodzaak van het bestaande aanbod te vuur en te zwaard verdedigen. De kwantitatieven zullen het even aanzien en constateren dat de kwalitatieven er zelf niet uitkomen. Vervolgens zullen zij drastisch ingrijpen vanuit de noodzaak tot kostenbeheersing.

Denkbaar is dat de politiek, de pers en het publiek de paradox zullen trachten op te lossen door een oneigenlijk verband te leggen tussen kwaliteit en kwantiteit. Het woord 'ontlabeling' zal de sentimenten beheersen en een kwalitatieve rationale verschaffen aan de noodzaak tot kwantitatief ingrijpen. Op politiek en bestuursniveau kan de paradox leiden tot het over de schutting gooien van het probleem van de zorg. Er is dan slechts een andere financier van het onopgeloste probleem. Op gemeenteniveau kan het probleem blijven voortbestaan, hetgeen een nieuwe ronde in het uitdelen van zwarte pieten zal opleveren.

Indien de paradox niet zal worden opgelost, is de kans groot dat de kwaliteit van de zorg vermindert en dat de kosten zullen stijgen. Dit mag geen optie zijn.

## **Hoe kan het anders?**

We kunnen de start van de WMO aangrijpen om het anders te doen. Dit lijkt immers hét moment om op andere wijze met de kwalitatieve en kwantitatieve domeinen om te gaan. Hoe kunnen we toewerken naar een onderlinge samenwerking?

Bij samenwerking gaat het om een voortdurend overleg in dezelfde taal, waardoor iedereen weet waar hij aan toe is. In het kwalitatieve domein is een redelijk motto: "eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het moet". Dit betekent dat er een goede verhouding is tussen oppervlakkige screening van groepen en specialistische zorg voor individuen.

En in het kwantitatieve domein is een redelijk motto: "transparant en afrekenbaar". Dit betekent dat een behandelaar, een behandelwijze, een stroming, een instituut, maar ook verzekeraars en beleidsmakers zelf kunnen worden bevraagd op het nut van hun handelen.

Er lijkt echter een weeffout te zijn die de ontwikkeling van deze samenwerking in de weg staat. Zorg heeft met methode te maken (HOE) en dat is niet hetzelfde als inhoud (WAT). Richtlijnen gaan over diagnostiek en behandeling, maar niet over organisatie en uitvoering van zorg. Het is merkwaardig dat beleid over zorg wordt gemaakt vanuit inhoudelijke overwegingen en niet of nauwelijks vanuit methodische overwegingen.

Voor kwalitatieven geldt dat het vermogen tot goede diagnostiek en behandeling van aandoeningen niet hetzelfde is als het goed organiseren van zorg. Voor kwantitatieven geldt dat het faciliteren van goede diagnostiek en behandeling, dus het sturen op inhoud, niet hetzelfde is als het goed organiseren van zorg. En het leidt zeker niet tot beheersen van kosten.

Als we in de komende WMO zowel kostenbeheersing als kwaliteitsgarantie willen borgen, is het nuttig de samenwerking tussen kwalitatieven en kwantitatieven te verbeteren en te integreren. De vraag is dan op welke wijze het HOE en het WAT kunnen integreren. Anders gezegd: kun je de zorg zo organiseren en uitvoeren dat het eenvoudig blijft als het kan en pas ingewikkelder wordt als het moet? Je kunt dan sturen op noodzaak. En: kun je de zorg zo organiseren dat tevoren helder is wat er nodig is en wat dat kost? Voor het beantwoorden van de vragen is het nodig nader te kijken naar het domein van het HOE; de organisatie en uitvoering van het verlenen van zorg.

## **Doelen in de zorg op drie werkniveaus**

Wat willen we eigenlijk met zorg? Wat moet het doel zijn in de zorg voor kinderen in de WMO? We kunnen hier twee doelen onderscheiden: a. Optimaliseren van de kindontwikkeling en b. Optimaliseren van het zorgproces zelf.

Ook kunnen we in de zorg drie werkniveaus onderscheiden: macro-, meso- en microniveau. Op microniveau gaat het om het management per kind. Op mesoniveau gaat het over de inrichting van zorg op regioniveau en de samenwerking tussen ketenpartners. Op macroniveau gaat het over een visie op zorg en het ontwerp en organisatie daarvan.

Op die drie werkniveaus dienen de doelen in de zorg gerealiseerd te worden. Ze worden hier kort besproken.

### **Macroniveau: visie, ontwerp, organisatie**

Eerst een opmerking over het optimaliseren van het zorgproces op macroniveau. Je kunt drie functioneringsniveaus van de zorg onderscheiden als het gaat om het verlenen van zorg. Op het eerste functioneringsniveau is de zorg rond de zorgverlener georganiseerd. Deze organisatievorm is nog laaggradig. De dokter, of het hulpverleningsinstituut staat centraal en is geneigd zichzelf in stand te houden. Je bent als zorgvrager afhankelijk van de kunde, inzet en beschikbaarheid van de specifieke professional.

Op het tweede functioneringsniveau staat de aandoening centraal. Dit is het niveau van evidence based medicine, consensus, zorgpaden. Richtlijnen bepalen hoe diagnostiek en behandelingen uitgevoerd moeten worden. Op basis van differentiaties van de complexe inhoud wordt het aanbod georganiseerd. Dat is een groot verschil met het eerste niveau. De zorg is echter nog aanbodgericht en de organisatie stoelt op inhoudelijke wetenschappelijke reducties. Je kunt verdedigen dat hier sprake is van een denkfout en dat hier de bron ligt van de controverse tussen kwantitatieven en kwalitatieven. De denkfout zit in het organiseren van zorg op inhoudelijke gronden (WAT) zonder methodische aspecten (HOE) bij de organisatie te betrekken. Het leidt op zijn best tot gecompartmenteerde vormen van zorg, waarbij elk compartiment zich richt op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek in het eigen domein.

Op het derde functioneringsniveau van de zorg staat het kind en diens systeem centraal. Hier geldt natuurlijk dat je een goede hulpverlener moet zijn (eerste niveau) en dat je de procedures goed moet kennen en toepassen (tweede niveau). Op dit functioneringsniveau staat echter niet de aandoening centraal, maar het functioneringsniveau van het kind. Het functioneringsniveau (FN) hangt van veel meer zaken af dan alleen de aandoening. Het gaat niet meer om reducties maar om het kind in interactie met diens complexe interne en externe context.

Je kunt niet op inhoud sturen omdat die te complex en te veranderlijk is. Je kunt wel sturen op methode. Anders gezegd: je kunt niet de inhoud standaardiseren, maar wel de manier waarop je met complexe gegevens omgaat. Indien we op macroniveau denken over het optimaliseren van de kindontwikkeling, het andere doel van de zorg, treffen we het eerste niveau van zorg aan dat vraaggestuurd is. De vraag is immers hoe we het functioneringsniveau kunnen optimaliseren. Het FN is in de complexe leefwereld van het kind een betere maat om op te sturen, dan de parameters van een eventuele aandoening. Als we dit niet doen, blijven we op het tweede functioneringsniveau hangen en blijven we in de zorg uitgaan van aandoeningen. Er wordt dan gestuurd op de incorrecte aanname dat zorg en inhoud samenvallen. De ingebakken denkfout zal de controverse slechts vergroten en zorgen voor duurdere en minder efficiënte zorg.

### **Mesoniveau: inrichting en regionale samenwerking**

Wat betekent het bovenstaande nu voor het optimaliseren van de kindontwikkeling op mesoniveau? We kunnen ons voorstellen dat het functioneringsniveau (FN) van een kind

uitgedrukt kan worden in een Functioneel Profiel (FP). Het FP is een actuele beschrijving van het kind op meerdere dimensies, bijvoorbeeld symptomen, vaardigheden en interacties met contexten.

Om de gedachten te richten nemen we aan dat het FP goed, middel, of slecht kan zijn. Als we het FP gebruiken voor de organisatie van zorg, correspondeert het regelrecht met de benodigde zorgzwaarte voor een kind. Als het FP 'goed' is, is minder ingewikkelde screening nodig en kan een eventuele behandeling eenvoudiger worden uitgevoerd. Indien een FP 'slecht' is zal meer onderzoek moeten worden gedaan en zal een eventuele behandeling een complexer organisatie vergen.

Als je nu zorg op regioniveau organiseert, is het van belang dat een hulpverlenende instantie weet welke zorgzwaarte zij wil aankunnen.

Dat bepaalt namelijk een aantal organisatorische zaken als: de keuze van personeel, aantallen klanten, de vorm van samenwerking met aanpalende instituten, de keuze van hulponderzoeken, de keuze van behandelsoorten en de benodigde financiering. De vraag is steeds: wat is nodig om de ontwikkeling van een kind, of een groep kinderen met een bepaald FP te optimaliseren?

Bovenstaande beweringen zijn rechtstreeks van invloed op het optimaliseren van het zorgproces op mesoniveau. Op dit niveau gaat het om het organiseren van samenhangende zorg in een regio; wie doet wat? Waar komen de kinderen vandaan en waar kunnen ze naartoe. Waar kan de kinderarts heen sturen als het ingewikkeld wordt en meer nodig is? Wie bedient de scholen voor SBO en SO? Waar kan je terecht met de grote aantallen, of de complexere kinderen? Welke afspraken kun je maken met verzekeraars over de noodzakelijke zorg in jouw regio?

Het gaat om het organiseren van zorg rond bepaalde FP's. Zo kun je keuzes maken en sturen bij het inrichten van de regio, het plannen, inrichten en financieren van het aantal instituten en hun gekozen niveau van zorgzwaarte, hun onderlinge samenwerking, verwijsmogelijkheden en dergelijke. Je kunt zelfs het beleid van verzekeraars en beleidsmakers sturen en evalueren. En zo krijg je de mogelijkheid de zorg eenvoudig te houden als het kan en ingewikkelder te maken als het nodig is. Bovendien is de zorg transparant en afrekenbaar.

### **Microniveau: Management per kind**

Tenslotte kijken we naar de twee doelen in de zorg op microniveau. We willen zorg verlenen op het derde functioneringsniveau, het niveau waarop het kind en diens systeem centraal staat. Dit is het niveau waarop niet de aandoening maar het functioneringsniveau bepalend is.

Een groot probleem voor bureaus Jeugdzorg, voor GGD's en andere perifere bewakers van het welzijn van kinderen, is dat van de screening. Hoe bereiken we kinderen in hun context? Hoe zorgen we dat we een kind kunnen volgen, ook al is het niet meer in behandeling? Hoe bepalen we of we moeten ingrijpen?

Als we dit als vragen van louter inhoudelijke aard zouden zien, komen we al snel in de problemen. We willen namelijk geen dure overdiagnostiek bij teveel kinderen doen. Maar we

willen ernstige zaken die zich in de verre periferie, buiten het zicht van spreekkamers, afspelen eigenlijk ook niet missen. Juist als een kind niet (meer) in zorg is zouden we eenvoudig willen kunnen beoordelen hoe het met hem gaat. Kan het volgen van het kind in de periferie oppervlakkig blijven, of is nadere diagnostiek aangewezen? En is eenvoudige behandeling mogelijk, of dient meer organisatie opgetuigd te worden om het FP te optimaliseren? Hoe houden we de regie en hoe kunnen we controleren of een aangeboden behandeling ook werkt?

### **Het functioneel profiel(FP) als instrument**

Het optimaliseren van de ontwikkeling van een kind speelt zich maar voor een beperkt gedeelte af in spreekkamers en betreft niet steeds het diagnosticeren en behandelen van aandoeningen. Als we een instrument kunnen gebruiken waarmee we het FP van *een kind* eenvoudig kunnen meten, kunnen we screenen en bewaken tegelijk. Niet alleen het kind zelf, maar ook zijn functioneren in contexten. Kinderen bevinden zich immers thuis, op school en in een vrije tijdsircuit.

Indien er sprake is van een keuze om geen nadere diagnostiek te doen, of om niet te behandelen, kan middels een FP beoordeeld worden of dit nog toereikend is. Maar ook als een kind wel behandeld wordt, kan de voortgang aan de hand van zijn FP worden ingeschat. Met het FP kan men dus een specifiek kind vervolgen, waar het zich ook bevindt.

Ook de voortgang van een bepaalde *groep kinderen* in specifieke instituten, zoals scholen voor speciaal onderwijs, cursussen, behandelsettings, programma's e.d. kan worden beoordeeld middels eenvoudige, reguliere afname van een FP.

Een stap verder is dat het betreffende *instituut* geadviseerd kan worden op specifieke aspecten van de diagnostiek en behandeling van een kind. Nog een stap verder is dat een instituut organisatieadviezen kan krijgen indien het FP van een bepaalde groep kinderen bij herhaling matig blijft.

Ook op abstracter niveau kan het zorgproces, het HOE van het verlenen van zorg, worden geoptimaliseerd. We kunnen immers gekozen *beleid* in de zorg evalueren op vele parameters en met de beste maat die we ons kunnen indenken: gaat het beter met het kind, of met een bepaalde groep kinderen? En zo nee, waar ligt dat aan en wat zouden we beter kunnen doen? Zo wordt sturing mogelijk op de werkvloer en tevens terugkoppeling naar beleidsmakers.

Tenslotte is de *database* met zorgvuldig geanonimiseerde en bewaakte gegevens uit afgenomen FP's een eindeloze bron van *wetenschappelijk onderzoek*. Wetenschap die geen reducties zoekt, maar juist de complexiteit.

### **Sturen op FP: noodzaak**

Het derde functioneringsniveau van zorg gaat uit van het functioneren van het kind in diens contexten. Het kind wordt beschreven in termen van het Functioneel Profiel (FP) .

Sturen op FP is raadzaam, ja zelfs noodzaak, zowel op macro-, meso-, als microniveau. Het FP geeft een indicatie van de te kiezen zorgzwaarte: wat is noodzakelijk en reëel om het FP te



Een blauwdruk voor de praktijk  
door: Michiel Noordzij

optimaliseren?

Het FP kan als een ritssluiting gezien worden die het kwalitatieve domein functioneel verbindt met het kwantitatieve. Het maakt samenwerking tussen kwalitatieven en kwantitatieven mogelijk. Het heft de spagaat op en leidt tot transparant en afrekenbaar beleid waarbij het eenvoudig blijft als het kan en ingewikkelder kan als het moet. Vanuit die visie kan het FP in de complexe situatie van kinderen een belangrijke praktische rol spelen bij het optimaliseren en betaalbaar houden van de zorg voor kinderen binnen de WMO.

©Michiel Noordzij, Psychiater-Consultant  
ChildPoint  
Augustus 2012