

# PREVENTIE VAN DOMHEID – HOE DE GGZ EEN NIEUWE ZIEKTE VAN ZICH AF KAN HOUDEN

Jaap van der Stel  
21 februari 2003

**'Domheid wordt nieuwe ziekte van Nederland' schreef NRC-Handelsblad laatst boven een artikel, waarin werd hard gemaakt dat Nederland, wat onderwijs betreft, naar de middenmoot van Europa is afgedaald. Die positie is veelbetekenend. In het laatste overzichtsrapport dat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft opgesteld over de toestand van de volksgezondheid in Nederland stond precies hetzelfde: we zijn in de rangorde van de Europese landen gezakt naar de middenpositie. Bij zowel het onderwijs als de volksgezondheid is er overigens niet zozeer sprake van een gemiddelde reële achteruitgang, maar andere landen maken een veel snellere ontwikkeling door. Toch is er op beide gebieden ook sprake van stagnatie. Nederland is allang niet meer het gidsland wat het 25 jaar geleden zo graag wilde zijn. Maar toch is er hoop. Die hoop kunnen zowel hulpverleners als managers in de geestelijke gezondheidszorg putten uit de hieronder weergegeven besprekingen van een aantal recente rapporten en een boek.**

## **De toestand**

Hoe zit het met de geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg (GGZ)? Doen we het op dat gebied ook zoveel slechter of tenminste minder goed dan jaren terug? Het ziet er wel naar uit. Een ongunstige ontwikkeling van het onderwijs en de algemene gezondheidstoestand heeft onvermijdelijk ook repercussies voor de geestelijke volksgezondheid en de GGZ. Een zorgwekkende ontwikkeling, als we ons realiseren dat vanwege onder andere de vergrijzing de psychische problemen en stoornissen meer en meer een bepalende factor van het algemene beeld van de gezondheid worden. Hier komt bij dat het oordeel over de toestand van de Nederlandse GGZ lang niet meer zo gunstig luidt als dat in de jaren tachtig nog het geval was. Paul Schnabel, thans directeur van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) en altijd een warm pleitbezorger van de Nederlandse GGZ, moest laatst in een interview bekennen dat we onze voorhoede positie verloren waren. Het lijkt erop dat we ook hier tot de middenmoot zijn gaan behoren.

Wat te doen? De overheden, financiers en managers die zich dagelijks bezighouden met de GGZ staan in een aantal opzichten machteloos tegenover de globale maatschappelijke en politieke ontwikkelingen. De roep om meer geld is gauw gedaan, maar ook gauw weer verstorven. We hoeven daarmee geenszins iets af te doen aan de noodzaak van meer middelen, maar zeker in een periode waarin het economisch slechter gaat, is het roepen in de woestijn niet erg productief. Hierbij komt dat er binnen de sector zelf veel mogelijkheden zijn om koersen te verleggen, kwaliteit te verhogen en daardoor een doelmatiger bijdrage te leveren aan de geestelijke volksgezondheid van het land.

We kunnen bij zowel de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg alsook bij adviseurs, als Giel Hutschemaekers, die een aantal belangrijke rapporten op zijn naam heeft staan, een zekere 'agressie' bespeuren jegens de GGZ en/of delen daarvan. De voornoemde Raad, en daarin bijgevalen door VWS, stelt bij herhaling dat de GGZ een ongrijpbaar geheel vormt, geen prioriteiten stelt, van alles naar zich toehaalt en niet is geïntegreerd in de algemene gezondheidszorg. Hutschemaekers heeft daar nog een schepje bovenop gedaan door de beroepenstructuur in de GGZ op de schop te nemen. En passant stelde hij voor de psychotherapeut, als *beroep* uit de GGZ te schrijven. VWS lustte er wel pap van: het beroep van psychotherapeut stond de modernisering en de rationalisering van de GGZ alleen maar in de weg. Maar internationaal slaat Nederland met het schrappen van een complete beroepsgroep geen fraai figuur. De psychotherapeutische deskundigheid is straks nog slechts aanwezig als specifieke deskundigheid van de klinische psycholoog en de psychiaters.

Recent schreef Hutschemaekers het rapport *Zorg van Velen* dat in een aantal opzichten toch wel als een, volgens ons, onverdiende klap in het gezicht van de sector mag worden beschouwd. *Zorg van Velen* was het eindrapport van de nog door Els Borst ingestelde Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. Het daarin opgenomen advies was moeizaam tot stand gekomen. Voorzitter Paul Kuypers was al voortijdig opgestapt, - Andries van Dantzig zag zich genoodzaakt een minderheidsstandpunt te publiceren, en zo was er meer 'gedoe'. Achteraf beschouwd kan de commissie dus niet als gezaghebbend worden aangeduid. Dat neemt niet weg dat het rapport wel impact heeft. Beleidsmakers halen eruit wat hun van pas komt - als legitimatie van wat ze toch al van plan waren of vonden.

Het rapport bestond uit een lange reeks ingewikkelde beschouwingen over maatschappelijke ontwikkelingen, en hoe die zouden kunnen samenhangen met de toestand van de geestelijke gezondheid in Nederland. Veel meningen en abstracties - weinig empirische onderbouwing. Hoewel de commissie gevraagd was iets zinnigs te zeggen over de geestelijke gezondheid draaide het betoog uit op een aantal conclusies over de GGZ. Het verband met de analytische hoofdstukken was ver te zoeken. Blijkbaar vond (het restant) van de commissie het toch nodig een paar ideeën en kritiekpunten over de GGZ nog eens voor het voetlicht te brengen. Op een bijna karikaturale wijze werd een beeld geschetst waarin de GGZ steeds meer functies naar zich toehaalt, zowel eerste als tweede lijnsfuncties door elkaar haalt, en cliënten na aanmelding meteen naar een intensief behandelprogramma doorsluisst.

Niet alleen clinici maar ook beleidsadviseurs moeten hun handelen op 'evidence' baseren. Al te makkelijk worden buzz-woorden en -concepten opgepikt uit de populaire pers en in praktijk gebracht. Meestal nog vóórdat er sprake is geweest van ook maar een poging tot onderzoek naar de houdbaarheid van al die nieuwigheid.

### **Informatiepositie GGZ**

Het is jammer dat de algemene houding tegenover de GGZ een negatieve is. Iedereen weet dat weinig mensen louter door kritiek van hun standpunt veranderen, terwijl dat natuurlijk wel nodig is. Genoegzaamheid is de dood in de pot. Er is ontzettend veel werk te doen om de kwaliteit van het werk te verhogen. Allereerst moeten we daarvoor een goede informatiepositie

verwerven. Het rapport Zorg van Velen kun je overslaan als je wilt weten hoe de geestelijke volksgezondheid er voor staat en wat er zich werkelijk in de sector afspeelt. Maar gelukkig is recent een aantal uiterst informatieve en mede daardoor ook inspirerende rapporten verschenen die ons handelen een stevig fundament geven. Deze rapporten zijn allemaal goed geschreven, voorzien van feitelijke overzichten en – niet onbelangrijk – via het internet voor iedereen vrij toegankelijk. We gaan er een paar langs.

## RIVM

Allereerst gaan we in op het vuistdikke rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het RIVM *Gezondheid op koers?* De belangrijkste bevindingen daaruit zijn de volgende:

- In Nederland leven we steeds langer, en steeds langer in goede gezondheid.
- Toch zakt Nederland af naar de middenmoot van Europa.
- Bovendien blijken de verschillen tussen bevolkingsgroepen in gezondheid hardnekkig.
- Ongezond gedrag is de belangrijkste oorzaak van stagnerende gezondheid.
- Nieuwe preventieaanpak kan het tij keren.
- In de toekomst is meer en andere zorg nodig.
- Zorg is niet alleen een kwestie van kwantiteit maar ook van kwaliteit.
- Voorkómen niet alleen beter, ook vaak goedkoper.
- De informatievoorziening schiet op onderdelen tekort.

Deze conclusies hebben ook betrekking op de geestelijke gezondheid en de GGZ. Lange tijd is het belang van preventie en bevordering van de gezondheid in de GGZ veronachtzaamd of zelfs geridiculiseerd. Inmiddels is de wetenschappelijke basis van effectieve preventieprogramma's indrukwekkend. Het RIVM heeft dit zelf aannemelijk gemaakt in het deelrapport *Tijd voor gezond gedrag*, waarin aandacht wordt gevraagd voor de bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen mensen ook. Maar het valt op dat het toch vooral 'het buitenland' is, waar men met een forse steun van de overheid ook daadwerkelijk werk maakt van preventie en gezondheidsbevorderende programma's. Goede voorbeelden zijn Australië, Groot-Brittannië en (uiteeraard) de Verenigde Staten. Deze achterstand is overigens niet absoluut: de kennis over effectieve preventie, in de vorm van handboeken, richtlijnen e.d., is voor iedereen vrij beschikbaar en – zoals gezegd – via internet voor iedereen toegankelijk.

## SCP

In de tweede plaats is er het tweejaarlijkse Sociaal en Cultureel Rapport dat in 2002 de aandacht vestigde op de kwaliteit van de quartaire sector, waaronder de (gezondheids)zorg. Het rapport telt meer dan 700 pagina's, dus 'even printen' ligt niet zo voor de hand, maar gelukkig kunnen ook onderdelen opgevraagd worden. Hoofdstuk zes gaat specifiek in op de zorg en telt ongeveer 65 pagina's. Het aardige van dit rapport is dat het prachtig materiaal levert op grond waarvan we de zorgsector, als tak van dienstverlening, kunnen vergelijken met andere branches, zoals het onderwijs, politie en justitie, en andere publieke voorzieningen. Het Sociaal en Cultureel Rapport 2002 biedt een inventarisatie van de klachten die over deze sectoren worden geuit en probeert aan de hand

van empirisch materiaal vast te stellen, hoe slecht – en *soms* ook hoe goed – het met de openbare dienstverlening is gesteld.

## VWS

In de derde plaats wijzen we op een viertal brancherapporten die in opdracht van VWS zijn gemaakt. De brancherapporten geven een breed (cijfermatig onderbouwd) overzicht van de stand van zaken in de verschillende sectoren waar VWS in de afgelopen drie jaar de scepter over zwaaide. Alle brancherapporten zijn ingedeeld volgens een door VWS voorgeschreven stramien, waardoor het mogelijk is om op hoofdlijnen vergelijkingen tussen ontwikkelingen in sectoren te maken. De rapporten hebben betrekking op de volgende deelgebieden: Care (opgesteld door Prismant), Cure (opgesteld door het Nivel), Geestelijke gezondheidszorg en Maatschappelijke zorg (opgesteld door het Trimbos-instituut), Preventie (opgesteld door het RIVM) en Welzijn en Sport (opgesteld door het NIZW). Uiteraard is voor de geestelijke gezondheidszorg vooral het derde rapport van groot belang, maar – juist vanwege de veelzijdigheid van de GGZ staan er ook in de andere rapporten verschillende paragrafen die betrekking hebben op het werk in de GGZ of daar tenminste een raakvlak mee hebben.

## TRIMBOS-INSTITUUT

Tot slot staan we stil bij de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (NMG) waarvan ook nog maar heel kort geleden een prachtig rapport is verschenen. Het is samengesteld door een groot aantal experts onder leiding van het Trimbos-instituut. De NMG is het initiatief van VWS en heeft als doel een hoogwaardige informatievoorziening over de geestelijke volksgezondheid en de geestelijke gezondheidszorg te bieden. Onder hoogwaardig wordt verstaan: tijdig, betrouwbaar en zo mogelijk volledig. Deze eerste monitor wordt overigens vergezeld door de Nationale Drug Monitor (NDM) en de Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO), waar we hier verder niet op ingaan.

Het eerste jaarbericht van de NMG voldoet weliswaar nog niet aan alle gestelde eisen, maar biedt toch een aantal uiterst relevante hoofdstukken rondom enkele stoornissen: schizofrenie, dementie, depressie, paniekstoornis, sociale fobie, anorexia nervosa en boulimia nervosa. Het aardige van deze monitor, en dan met name de stoornisspecifieke hoofdstukken, is dat het in klare taal een wetenschappelijk gefundeerd overzicht geeft van de epidemiologische kerngegevens en van de 'evidence': wat werkt en wat werkt niet? Op grond waarvan kunnen we deze uitspraken met enige stelligheid doen?

## **Evidence-based medicine**

De hiervoor genoemde monitor lijkt een eerste stap in de richting van een goed Nederlandstalig overzicht van wat we weten uit het wetenschappelijk onderzoek naar bewezen effectieve behandelprogramma's. Op dit vlak heeft de Nederlandse GGZ beslist een achterstand in te lopen. Die achterstand wordt overigens almaar groter naarmate er nog veel professionals en managers met de hakken in het zand staan, in de hoop dat de wind wel weer eens de andere kant op zal waaien. Waarheen dan is een raadsel, want 'met de wet in de hand' is er niet zoveel keus. We moeten onze cliënten zorg leveren die voldoet aan de hoogste standaards, en wetenschappelijke onderbouwing is daar één van.

De laatste tien jaar is rondom 'evidence-based medicine' een hele wetenschap ontstaan, gecombineerd met ondersteunende instituten, handboeken, richtlijnen en wat dies meer zij.<sup>1</sup> Nederland loopt op dit vlak zoals gezegd beslist niet voorop. Als we echter niet meer de pretentie hebben alles eerst zélf te willen ontwikkelen en te toetsen, valt er in het buitenland veel te halen. Dicht in de buurt, alhoewel dat sinds het internet niet echt meer een rol speelt, is er bijvoorbeeld in Groot-Brittannië op dit gebied veel beschikbaar. Wellicht zou ons land er goed aan doen, in het kader van de Europese eenwording, om - op onderdelen - afdelingen op te richten van elders gevestigde excellente instituten.

Doorgewinterde GGZ-professionals hebben zeker het gelijk aan hun zijde als ze stellen dat het wel heel belangrijk is om evidence based te werken, maar dat er zo weinig evidence is. In de psychiatrie is er zó'n achterstand in de kennisontwikkeling dat op de keper beschouwd slechts 10 % van de beslissingen op 'evidence' gebaseerd worden. Alleen al om die reden is het verstandig slechts richtlijnen op te stellen, en geen dichtgetimmerde protocollen.

In het algemeen kunnen we stellen dat het medisch-therapeutisch handelen van de beroepsbeoefenaren de vaardigheid vergt om met onzekerheden om te gaan. In de gezondheidszorg staan zij dagelijks voor de opgave om beslissingen te nemen op basis van - wetenschappelijk gezien - vaak onvoldoende gegevens over de achtergronden en oorzaken van de te behandelen aandoening of ziekte. Nog meer onzekerheid bestaat er over de *gevolgen* van hun interventies. Beslissingen in de gezondheidszorg hebben over het algemeen ingrijpende gevolgen, en gaan gepaard met veel onzekerheden en compromissen. Uitstel is vaak niet mogelijk dus moet de arts een beslissing nemen, alleen of in teamverband, en al dan niet na consultatie van een deskundige collega of raadpleging van de literatuur. Ook de beslissing om af te zien van een behandeling is de uitkomst van een proces waarin voors en tegens om voorrang strijden.

Sinds de Renaissance en vooral na de zeventiende eeuw is heel geleidelijk de kwantificerende natuurwetenschappelijke methode doorgedrongen tot de geneeskunde. Naast de klinische ervaringen die werden opgedaan in een therapeutische relatie kwamen er statistische gegevens over de samenhang tussen bijvoorbeeld leefomstandigheden en het voorkomen van ziekten en publiceerden wetenschappers de uitkomsten van experimentele onderzoeken. In het midden van de achttiende eeuw stelde James Lind in Schotland experimenteel vast dat sinaasappels en citroenen scheurbuik konden voorkomen. Zijn onderzoek was waarschijnlijk het eerste RCT (randomized clinical trial). Het RCT is intussen uitgeroepen tot de 'gouden standaard' voor het wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen in de gezondheidszorg. De uitkomsten van de talloze RCT's die thans worden uitgevoerd volgens nauwkeurig omschreven richtlijnen vormen de basis van de *evidence-based medicine*. Veel later dan in de somatische gezondheidszorg werd ook in de psychiatrie het streven gericht op *evidence-based medicine*. Het eerste RCT in de psychiatrie werd pas in 1965 uitgevoerd: een onderzoek naar de effectiviteit van

---

<sup>1</sup> Wie zich snel wil inlezen in de belangrijkste concepten rondom evidence based medicine kan te rade gaan bij:  
[http://www.evidence-based-medicine.co.uk/What\\_is\\_series.html](http://www.evidence-based-medicine.co.uk/What_is_series.html).

de behandeling van depressie met ECT versus MAO-remmers, - gebruik werd gemaakt van een controlegroep die een placebo kreeg voorgeschreven.

### Medische besliskunde

Aan de hand van de bespreking van een boek over medische besliskunde gaan we nog wat dieper in op de vraag hoe te handelen in situaties waarin er onvoldoende evidence beschikbaar is.

Het medisch-therapeutisch handelen kan gezien worden als een aaneenschakeling van ingrijpende en minder ingrijpende beslissingen. Hoe worden die vooraf verantwoord en hoe worden de uitkomsten er geëvalueerd? Oppervlakkig gezien vinden de besluitvormingsprocessen vaak nogal chaotisch plaats en intuïtieve (of positief uitgedrukt: op jarenlange ervaringen gebaseerde) overwegingen een zeer belangrijke plaats in te nemen. In de praktijk kan men ook niet zoveel met de gestileerde uitkomsten van de experimentele onderzoeken omdat die nauwelijks aansluiten op de klinische praktijk. Juist in de omstandigheid dat er slechts een klein deel van de beslissingen op 'evidence' kan worden gebaseerd is het van het grootste belang het proces van besluitvorming te rationaliseren en transparant te maken. Daarvoor dient de medische besliskunde zich aan.

Kort geleden hebben Myriam Hunink en Paul Glasziou een overzichtelijk boek samengesteld over de besluitvorming in de gezondheidszorg en geneeskunde.<sup>2</sup> De auteurs stellen daarin een systematiek voor voor de wijze waarop beslissingen idealiter voorbereid en genomen kunnen worden. Maar ze geven ook aan op welke wijze beslissingen die – wetenschappelijk gezien – op drijfzand gebaseerd zijn toch zo rationeel mogelijk genomen kunnen worden. Dat geldt niet alleen voor beslissingen waar de evidence ons in de steek laat. Ook beslissingen waar een *waardegebonden* component aan kleeft, zoals de beslissing om af te zien van een zeer riskante operatie bij een hoogbejaarde patiënt, kunnen winnen aan transparantie en rationalisatie.

Hunink is onder andere werkzaam als hoogleraar aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam en bekend geworden als president van de Society for Medical Decision Making. Glasziou werkt in Australië als hoogleraar *evidence-based medicine*. Met nog vijf andere auteurs zijn ze erin geslaagd een evenwichtig, actueel en goed gedocumenteerd boek samen te stellen. Hun uitgangspunt is dat je bij ingewikkelde vraagstukken een algemeen model moet hebben voor de wijze waarop idealiter beslissingen worden voorbereid en genomen. Voor de gezondheidszorg en geneeskunde zijn hiervoor diverse werkwijzen ontwikkeld, waarvan de *beslisboom* en de *clinical balance sheet* wel de meest bekende zijn. De relevantie van dit boek is dat de auteurs de resultaten van de door anderen doordachte en getoetste toepassingen van besliskundige theorieën hebben geïntegreerd tot een voor de gezondheidszorg en geneeskunde bruikbaar beslissingsmodel.

### Proactief

---

<sup>2</sup> M.G. Hunink en P.P. Glasziou (eds.) (2001). *Decision making in health and medicine; integrating evidence and values*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kort samengevat komt het proces neer op de volgende stappen: het expliciteren van het probleem en de daaraan gerelateerde doelen; het opstellen van een lijst alternatieve handelingen (of scenario's) en een inschatting en beoordeling van de gevolgen daarvan; het afwegen van alle voor- en nadelen van elk alternatief. Volgens Hunink en Glasziou is deze werkwijze de kern van wat een 'proactive' wijze van besluiten genoemd kan worden. Het acroniem PROACTIVE staat voor: problem – reframe – objectives – alternatives – consequences and chances – trade-offs – integrate – value – explore and evaluate. Om de uiteindelijke behandelbeslissing te onderbouwen is het allereerst van belang om het probleem zo goed mogelijk te begrijpen en na te gaan welke variabelen of kenmerken van het probleem de uiteindelijke beslissing bepalen.

Ogenschijnlijk is er sprake van een lineair proces, maar in de praktijk kan een andere volgorde bewandeld worden of kunnen bepaalde (tussen)stappen worden overgeslagen. In het boek van Hunink en Glasziou wordt elke stap omstandig toegelicht. Kenmerkend voor een proactieve benadering van besluitvormen is dat het proces transparant wordt gemaakt: er moet bewustwording plaatsvinden van het probleem, het doel, de alternatieven, de consequenties en de daaraan gerelateerde compromissen. Omdat er in teamsamenwerking bijna altijd sprake van verschillende gezichtspunten is het belangrijk om te beginnen met het onderzoeken (*reframen*) van problemen vanuit al die perspectieven. De reflectie daarop kan echter vanwege de complexiteit daarvan 'overweldigend' zijn. Daarom zijn de instrumenten die de auteurs voorstellen er sterk op gericht de problemen, de alternatieven én de verwachte uitkomsten daarvan te visualiseren en te structureren in de vorm van een model. Hun methode is er echter niet op gericht de onzekerheid die aan de praktijk inherent is te benadrukken. Voor wetenschappelijk onderzoek zou zoiets geen probleem zijn: twijfel is de moeder van de wetenschappelijke vooruitgang. Voor het medisch handelen echter is het volgens de auteurs zeer belangrijk om goed je doel te omschrijven en je daarop te concentreren. Balance sheets kunnen behulpzaam zijn om de verzamelde informatie (in het bijzonder de gevolgen van verschillende behandelopties) zó te organiseren dat op een verantwoorde wijze een compromis kan worden voorbereid tussen minimale schade en maximale winst.

Wat erg aanspreekt is dat Hunink en Glasziou zich niet vastbijten in de rationalisering van het besluitvormingsproces: beslissingen op grond van minder wetenschappelijke criteria zouden dan als 'irrationeel' aan de kant geschoven moeten worden. Zeker in de GGZ, waar nog zo weinig harde wetenschappelijke gegevens beschikbaar zijn, zou dat gemakkelijk kunnen leiden tot een afkeer van rationalisatie. Nee, deze auteurs pleiten ervoor om de rationele benadering van het beslisprobleem te integreren met de psychologische, subjectieve aspecten, met waarden en voorkeuren. Te allen tijde zal de beslisser uiteindelijk zijn of haar 'intuïtie moeten laten spreken'.

### Waarden

De subtitel van dit boek spreekt van de integratie van evidentie en waarden. Hunink en Glasziou bedoelen daarmee dat het beslissingproces duidelijk moet worden gemaakt welke waarden men wil optimaliseren en hoe deze op een consistente wijze in verband kunnen worden gebracht met het gestelde doel. Er zullen in de gezondheidszorg altijd prioriteiten gesteld moeten worden en het modelleren van beslissingen kan daarbij behulpzaam zijn.

De auteurs verwijzen nauwelijks naar de geestelijke gezondheidszorg. Dat is geen groot gemis. De GGZ heeft met de somatische zorg meer overeenkomsten dan verschillen. Wel is er in de GGZ een achterstand in de wetenschappelijke onderbouwing van het werk en bestaat er een minder hechte traditie in het werken met richtlijnen en protocollen. Juist in zo'n situatie is het van belang om aandacht te geven aan de kwaliteit en de structuur van het beslissen. Onzekerheden zichtbaar maken is natuurlijk geen doel op zichzelf, - maar deze verborgen houden helpt de sector zeker niet vooruit.

Weliswaar is dit boek in eerste instantie bedoeld voor de klinische praktijk, maar de methodiek is ook geschikt voor het nemen van beslissingen op beleidsniveau. In die zin is het niet alleen een belangrijke bijdrage aan de verdere ontwikkeling van evidence-based medicine maar ook aan evidence-based management. In de politieke strijd die in Nederland begin 2002 woedde werd volop kritiek uitgesproken op 'het management' in de gezondheidszorg. Pim Fortuyn wilde drastisch snoeien in dit management. Het nut van die categorie schatte hij niet zo hoog in. Ook Marcel van Dam uitte kritiek op de managers: hun bijdrage aan de vermindering van de wachtlijsten vond hij onder de maat. Om zich tegen zulke kritiek te weren of - liever nog - om beter werk af te leveren, zouden we de managers in de GGZ van harte willen aanbevelen het boek van Hunink en Glasziou ter hand te nemen. Want niet alleen op de werkvloer, maar ook op het niveau van het management bestaat er de noodzaak het beslisproces zoveel mogelijk te rationaliseren en te verantwoorden.

Beslissingen van het management kunnen - zij het vaak indirect - even ingrijpende gevolgen hebben als die van de medici en andere beroepsbeoefenaren in de directe zorgverlening. Waar 'echte' ondernemers zich met een gerust hart grote risico's kunnen veroorloven, staat het management in de gezondheidszorg voor de opgave om *vooraf* zo veel mogelijk zekerheid te hebben over de consequenties van zijn plannen. Waar deze zekerheid ontbreekt, moet men zich tenminste publiek kunnen verantwoorden over waarom een risico genomen is. Onvoldoende behandelcapaciteit kan ernstige schade veroorzaken en zelfs mensenlevens kosten. De middelen in de (geestelijke) gezondheidszorg zijn schaars. De behoefte aan zorg is groter dan waarin kan worden voorzien. Maar toch is het van belang om op zoek te gaan naar alternatieve zorgarrangementen die beter kunnen voldoen aan de vraag van de cliënten of patiënten.

### **Tot slot**

Er valt in Nederland wat betreft de GGZ veel domheid te bespeuren, maar er is hoop. De Japanners zijn ons in het verleden voorgegaan in de manier waarop je snel achterstanden kunt inhalen: kopiëren en vervolgens absorberen in je eigen cultuur. Eerst zelf het wiel uitvinden kost teveel tijd - als we het al zouden kunnen.