

Het verschil maken. Over het onderscheid tussen generalistische en specialistische zorg.

Giel Hutschemaekers¹

Inleiding

Generalisme in de zorg lijkt een geuzennaam te zijn geworden. Vele hulpverleners tooien zich met de titel 'generalist', al was het maar om anderen ervan te overtuigen dat ze helemaal klaar zijn voor de veranderingen in de organisatie van zorg en welzijn en ogenblikkelijk kunnen aansluiten bij het hervormingsbeleid van minister en staatsecretaris. Zodra iemand echter de vraag stelt naar de betekenis van dat woord 'generalist', verstomt het gesprek. Hoe durf je dat nu te vragen? Bijna per definitie is generalistische zorg de beste zorg die er bestaat, en natuurlijk is de generalist bij uitstek gekwalificeerd voor het bieden van generalistische zorg. Bij nader inzien blijkt dat woord generalisme helemaal niet zo helder. Nu eens gaat het vooral over een efficiëntere en pragmatische inrichting van zorg, dan weer over een onsje minder zorg, die dan wel *evidence based* moet zijn. Even multi-interpretabel zijn de uitspraken over wie of wat een generalist is. Op het ene moment zijn generalisten vooral minder gespecialiseerde en korter opgeleide hulpverleners, op het andere moment blijken generalisten vooral over een heel eigen expertisegebied te beschikken.

In deze bijdrage onderwerp ik het begrip generalisme aan een nadere analyse. Eerst ga ik in op het gebruik van de term generalisme in overheidsdocumenten en neem daarvoor als voorbeeld de basis-GGZ. Vervolgens stap ik over naar de geneeskunde en laat ik zien dat generalistische zorg daar op een veel exactere wijze onderscheiden kan worden van specialistische zorg. Beide perspectieven zal ik vervolgens uitwerken en daarbij laten zien dat er sprake is van twee fundamenteel verschillende visies op expertisevorming en professionalisering. Daarna verbreed ik het perspectief en betrek ik ook de participatiesamenleving in mijn betoog. Ten slotte kom ik tot het voorstel om de titel 'generalist' voortaan voor te behouden aan een bijzondere soort hoogspecialistische activiteiten.

Generalisten in soorten en maten

Generalisten in overheidsdocumenten: de casus basis-GGZ

Sinds 1 januari 2014 hebben we te maken met een nieuwe inrichting van de geestelijke gezondheidszorg. Ten eerste is er sprake van een forse versterking van de zorg voor mensen met psychische problemen in de huisartsenpraktijk door een structurele uitbreiding van de praktijkondersteuner huisarts-GGZ (POH-GGZ). De tweede verschuiving betreft de oprichting van de basis-GGZ. De basis-GGZ biedt GGZ dicht bij de huisarts, in beginsel voor al diens patiënten met een duidelijke GGZ-indicatie. De bestaande GGZ ten slotte krijgt een sterker specialistisch karakter en wordt in omvang beperkt.

Voor nu is vooral interessant dat de basis-GGZ volgens de beleidsmakers een generalistisch karakter heeft. Wat wordt daaronder verstaan? De beleidsdocumenten geven geen directe definitie van generalistische zorg. Blijkbaar wordt de definitie bepaald door de wijze waarop de zorg wordt ingericht, door welke disciplines de zorg wordt aangeboden en door de omschrijving van de doelgroep en het doel van de zorg. Allereerst de inrichting: er is sprake van vier producten: kort (5 zittingen), middel (tot 8 zittingen), intensief (tot 12 zittingen) en chronisch (tot 12 zittingen per jaar). In vergelijking tot de specialistische zorg

¹ Giel Hutschemaekers is hoogleraar Klinische Psychiatrie aan de Radboud Universiteit Nijmegen. De auteur schreef dit paper in mei 2014 op verzoek van de RMO en de RVZ, als input voor een verkenning naar kwetsbare kinderen en de jeugdzorg.

gaat het dus vooral over korte zorg. Vervolgens de disciplines: de zorg in de basis-GGZ wordt vooral geboden door de GZ-psycholoog. Het product chronisch kan daarnaast ook door verpleegkundig specialisten worden aangeboden. De expliciete keuze voor de GZ-psycholoog vloeit voort uit de positie in de eerste lijn die deze de afgelopen jaren al had opgebouwd. Kenmerkend voor de basis-GGZ is met andere woorden het monodisciplinair karakter. Wat de doelgroep betreft lijkt het vooral over de patiënten van de eerstelijnspsycholoog te gaan. Toch valt de basis-GGZ niet samen met het domein van de eerstelijns psycholoog. Bij patiënten in de basis- GGZ moet sprake zijn van stoornis (DSM), terwijl dat niet gold voor patiënten van de eerstelijns psycholoog. Daar had ongeveer 50% van de patiënten een DSM-stoornis. Bovendien gaat het over patiënten met specifieke DSM-stoornissen (met name angst- en stemmingsstoornissen), uitgesloten zijn patiënten met aanpassingsstoornissen en zogenaamde V-codes (heftige omstandigheden). Voor het product chronisch geldt ten slotte dat het chronisch psychiatrische patiënten betreft die zijn uitbehandeld binnen de specialistische GGZ.

Wat maakt deze zorg nu generalistisch? Het doel is om met specifieke (klachtgerichte) behandelingen, ondersteund door e-health modules, de klachten te reduceren en de patiënt weer zelfregie te geven. Voor het product chronisch wordt als doel ook herstel en empowerment genoemd. Dit lijkt allemaal niet erg kenmerkend voor generalistische zorg. Dat lijkt wel te gelden voor de duur (kort) en de monodisciplinaire vormgeving. Omdat de GZ-psycholoog deze zorg biedt, kan de vraag nu worden toegespitst op die beroepsgroep: wat maakt de GZ-psycholoog tot een generalistische hulpverlener? In de domeinomschrijving van de GZ-psycholoog (Wet BIG) staat dat de GZ-psycholoog gekenmerkt wordt door een generalistische werkwijze. Hij is breed opgeleid en heeft verstand van vele doelgroepen en vele soorten problematiek. Ook is hij bekwaam voor het uitvoeren van eenvoudige psychodiagnostiek, waaronder het vaststellen van de DSM-classificatie. Vervolgens heeft hij een aantal psychologische technieken tot zijn beschikking, voornamelijk gericht op klachtenreductie en coaching. Die werkwijze deelt de GZ-psycholoog overigens met de specialistische klinisch psycholoog; onderscheidend zijn vooral zijn scholingsgraad (de klinisch psycholoog heeft een langere opleiding genoten) en zijn ervaring met complexe problemen (de klinisch psycholoog heeft daar meer expertise in). Generalistisch betekent dus eigenlijk: van alles een beetje verstand, maar minder diepgaand dan de specialistische aanpak, waardoor de zorg kort en pragmatisch kan worden ingericht.

De huisarts en de generalist in de geneeskunde

Geneeskunde kwam als moderne wetenschap in de negentiende eeuw tot bloei. Tot ver in de twintigste eeuw werd geneeskunde beoefend door algemene artsen, dat wil zeggen artsen die in hedendaagse terminologie 'basisarts' waren. De algemene arts had verstand van zo'n beetje alle ziekten en ander ongemak. Pas aan het einde van de negentiende eeuw ontstond enige vorm van differentiering; groepen artsen gingen zich toeleggen op de diagnostiek en behandeling van specifieke ziekten en later van specifieke doelgroepen. In de eerste helft van de twintigste eeuw ontstonden de eerste medische specialismen, waarbij de zogenaamde orgaanspecialismen misschien wel het meest tot de verbeelding spraken. Een tamelijk recent voorbeeld daarvan is de cardiologie. Het specialisme cardiologie kreeg zo rond de Tweede Wereldoorlog vaste grond onder de voeten nadat aannemelijk was gemaakt dat een aantal vormen van hartlijden reparabel waren, bijvoorbeeld door dotteren en bypassoperaties. Kennis van de cardiologie richtte zich naast curatie op vroegsignalering, preventie, ontwikkeling van nieuwe hulpmiddelen, enzovoort. Op basis van wetenschappelijk onderzoek werd vervolgens vastgesteld welke behandeling – gegeven de aard van de stoornis – het meest effectief was. Dat was helemaal conform de beginselen van de *evidence based* geneeskunde. Toenemende specialisering ging hand in hand met toenemende behoefte aan wetenschappelijk onderzoek en transparante afspraken over welke behandeling door welke deskundige het meest passend is (richtlijnen).

Hoewel de huisartsgeneeskunde veel ouder is dan de specialistische geneeskunde, kwam de feitelijke professionalisering ervan veel later tot stand. Pas na de Tweede Wereldoorlog, toen de meeste specialismen al stevig in het zadel zaten, groeide het besef dat de ervaren huisarts zich in zijn patiëntenzorg niet alleen maar bezighield met elementaire vormen van diagnostiek en behandeling, zo kenmerkend voor de algemene arts die zojuist zijn opleiding had afgerond, maar over een eigen deskundigheid beschikte die nauwelijks vergelijkbaar was met die van de meeste medisch specialisten. Dat eigene van de huisarts werd door de *founding fathers* van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Frans Huijgen en Jan van Es, in verband gebracht met de term generalistische zorg. De generalistisch werkende huisarts, zo beargumenteerden zij, maakte niet alleen gebruik van gedegen diagnostische en behandelkennis van ziekten, maar had ook andere kennisbronnen tot zijn beschikking, waaronder kennis over de familie van de patiënt, diens sociaal en maatschappelijk functioneren en diens ziekte- en zorggeschiedenis. Inhoudelijk sloten zij daarmee aan bij de in Engeland bestaande traditie van de *family medicine*. Organisatorisch opteerden zij voor huisartsgeneeskunde als een aparte medische discipline met noodzaak tot eigen opleiding en dus eigen specialisering.

In vergelijking met de medische orgaanspecialist wordt de werkwijze van de huisarts vooral gekenmerkt door een contextuele en integrale werkwijze. Veel minder is de huisarts gericht op het uitvragen van de exacte klachten en symptomen. Zijn oordeel lijkt globaler. Tegelijkertijd gaat zijn aandacht naar de 'betekenis' van die klachten: waarom meldt deze patiënt zich op dit moment met deze klachten? Vragen die de huisarts zich stelt: zijn de klachten begrijpelijk, passen ze in een herkenbaar, veel voorkomend patroon? Met andere woorden: kan de huisarts erop vertrouwen dat de klachten van voorbijgaande aard zijn? Daartegenover staan aparte of meer verontrustende klachten. Mogelijk is er iets ernstigs aan de hand. In dat geval ontstaat al snel een 'niet pluis'-indruk. Bij 'niet-pluis' moet de huisarts vaak snel handelen, bijvoorbeeld verwijzen, of ten minste de vinger aan de pols houden. Het klinisch oordeel 'pluis/niet-pluis' helpt de huisarts snel te werken en onderscheid te maken tussen patiënten die weinig en die veel van zijn zorg behoeven. 'Pluis/niet-pluis' is vervolgens ook van grote waarde bij beteugeling van de specialistische zorg en daarbij behorende kosten. Met zijn specifieke expertise blijkt de huisarts poortwachter bij uitstek. Specialistische zorg is niet alleen veel duurder, er kleeft ook een risico op negatieve bijwerkingen aan (nocebo-effecten). De huisarts beschikt over de expertise om met minder ingrijpende behandelingen de patiënt weer op de weg van herstel te zetten.

Twee professionaliseringsmodellen

Generalisme in de basiszorg blijkt een heel andere betekenis te hebben dan generalisme in de huisartsenzorg. Daar waar in de basiszorg de nadruk wordt gelegd op pragmatisch, kort en efficiënt, gaat het bij de huisarts vooral over contextuele zorg gericht op inschatting van risico's, en het versterken van het zelfhelend vermogen van de patiënt. Aan beide benaderingen, zo zal ik hierna beargumenteren, ligt een heel ander model van professionalisering en expertisevorming ten grondslag.

Het additieve model

Hoe wordt een nieuweling in het vak (een novice) een volwaardige professional? Door kennisverwerving en oefening. Van professionalisering is sprake zodra de expertisevorming een systematisch karakter krijgt doordat een groep experts de handen ineen slaat en zich gezamenlijk toelegt op de oplossing van een specifiek probleem of probleemgebied. Hoe hardnekkiger het probleem, des te groter de benodigde expertise en des te langduriger het professionaliseringsproces van de betreffende groep deskundigen. Hoe beter het expertisegebied is ontwikkeld, des te meer problemen door de betreffende discipline kunnen worden opgelost. Die aanname lijkt een waarheid als een koe. Een dergelijke opvatting van professionalisering staat als additief model bekend.

Ten grondslag aan het additieve model ligt de assumptie dat expertisevorming een lineair en cumulatief karakter heeft: hoe meer kennis en ervaring, des te beter de kwaliteit van het oordeel (diagnostiek en indicatiestelling). Deze assumptie boogt op heel wat empirische evidentie. Zo kenmerken experts zich door hun bekwaamheid tot patroonherkenning in complexe praktijksituaties, waardoor ze beter tussen situaties kunnen differentiëren. Daardoor is hun probleemanalyse krachtiger, kunnen ze grotere betekenisvolle patronen construeren en beschikken zij over meer routines, waardoor ze beter vooruit kunnen plannen en meer oog hebben voor mogelijke complicaties. Ook zijn ze beter opgewassen tegen externe druk. Hoe langer iemand kennis blijft verwerven en in de praktijk ervaring opdoet, des te groter zijn expertise. Er komt altijd bij en er gaat niets af.

In het additieve model heeft de grootste expert niet alleen de beste kijk op wat er aan de hand is (diagnostiek) en welke oplossingen het meest passend zijn (indicatiestelling), ook beschikt hij over de beste oplossingen (interventies) voor het probleem en kan hij deze het beste toepassen. Dit probleemoplossend vermogen dankt hij zowel aan zijn diagnostische expertise, als aan zijn kennis van effectieve interventies (evidence) en aan zijn ervaring (hij past interventies vaker toe); expertise is de optelsom van kennis en ervaring. Dat argument werkt twee richtingen op: de grootste expert weet de beste interventies het meest deskundig toe te passen en hoe vaker hij ze toepast des te groter zijn expertise. Dat verklaart het verschil tussen specialisten in grote en kleine ziekenhuizen: hoe meer ervaring des te kundiger. Het verklaart ook waarom de expertise van de meest ervaren specialist leidend moet zijn bij het opstellen van Richtlijnen voor passende zorg. Het verklaart ten slotte ook waarom de huisarts maar het beste de raad van de specialist zo exact mogelijk kan opvolgen.

In het additieve model houdt de generalist het midden tussen de leek en de specialist. De grootste expert is specialist en dat wordt men door veel oefening en studie. De huisarts is een generalist en dus minder expert dan de medisch specialist. Hetzelfde verschil bestaat er tussen de generalist GZ-psycholoog en de specialist klinisch psycholoog. Het begrip generalist wordt dus eigenlijk gebruikt in de betekenis van *nog* niet gespecialiseerd. Een generalist is nog breed inzetbaar en van vele markten thuis. Naarmate hij over meer expertise gaat beschikken wordt hij meer specialist. Dan wordt hij duurder, maar ook grondiger en vooral beter.

Het differentiële model

In het differentiële model zijn professionele expertise en probleemoplossend vermogen niet lineair aan elkaar gekoppeld; de expert met de meeste kundigheid is niet altijd de beste probleemoplosser. Zo kan het heel goed zijn dat de MDL-arts weliswaar de grootste expertise heeft op het gebied van maag- en darmbezwaren maar dat tegelijkertijd de huisarts in sommige situaties de betere probleemoplosser is. '*The evidence for the value of accruing professional expertise is weak at best*' (Christensen en Jacobson 1994)ⁱ. Boshuizens model van medische expertisevorming verschaft inzicht in dit fenomeen (1989)ⁱⁱ. Volgens haar leidt expertisevorming niet alleen tot meer en beter, maar is het vooral een kwalitatieve ontwikkeling leidend tot andere interpretatieschema's. Dat kan geïllustreerd worden aan de hand van het leerproces van de medische student. Eerst leert een student de formele regels uit de leerboeken toe te passen. Een diagnose stelt hij door het volgen van de beslissbomen. Naarmate hij meer ervaring krijgt maakt het top down gebruik van regels, plaats voor vergelijking op basis van scripts; de beoordeling van een nieuwe patiënt vindt plaats door deze af te zetten tegen het beeld van opgeslagen eerdere patiënten, ook wel scripts genoemd.

De wijze waarop scripts zich ontwikkelen wordt onder andere bepaald door de de clientèle van de professional (soort van problemen) en de wijze waarop hij daarnaar leert kijken. De specificiteit van de problematiek, het perspectief van waaruit de professional leert kijken, alsmede de kennis die de professional daarover tot zich neemt, bepalen enerzijds de gedifferentieerdheid van de scripts

en anderzijds de wijze waarop de problemen worden geïnterpreteerd en geduid. De cardiochirurg kan bij dezelfde patiënt tot heel andere interpretaties komen dan de cardioloog. Verschillende experts zien hetzelfde anders. Dat verklaart vervolgens ook waarom ze nogal eens andere oplossingen (interventies) voorstellen: de cardioloog kiest vaker voor dotteren, de cardiochirurg voor bypass operaties. Specialisering heeft een aantal grote voordelen, maar ook zijn beperkingen: zijn expertise maakt de specialist gefocust, en stelt hem in staat varianten van hetzelfde probleem te onderscheiden en daarbij oplossingen op maat te zoeken. Het risico daarbij is dat informatie die niet past in de scripts uit beeld verdwijnt en dat de communicatie met andere specialisten soms heel lastig is. Expertisevorming op het ene gebied betekent bijna per definitie dat men op andere terreinen onkundiger wordt.

Verschillen in diagnostiek leiden –bijna per definitie – tot verschillen in interventies; daar waar problemen anders worden gedefinieerd, worden de oorzaken ervan vaak ook anders gepercipieerd en wordt mogelijk een andere inschatting gemaakt van het natuurlijk beloop van het probleem. De definitie van het probleem bepaalt in belangrijke mate het criterium op grond waarvan men kan bepalen welke interventie het beste is. Daarnaast heeft het differentiële model meer oog voor het belang van de context waarin het probleem zich voordoet; het effect van een interventie blijkt mede bepaald door de context waarin deze wordt aangeboden. Zo laat Peter Verhaak zien dat het natuurlijk beloop van problemen in de huisartsenpraktijk anders is en dat dezelfde interventies vaak andere effecten sorteren dan in de specialistische ziekenhuispraktijkⁱⁱⁱ.

Hoe kijkt men vanuit het differentiële model naar het begrippenpaar generalist en specialist? Het begrip generalist heeft een eigen betekenis: het begrip generalist verwijst hier niet naar de mate van expertisevorming, maar naar een eigen expertisegebied, met een eigen kijk op problemen (diagnostiek), eigen oplossingen voor die problemen (indicatiestelling) en eigen interventies (behandeling). Een voorbeeld daarvan is de huisarts die in het differentiële model gezien wordt als specialist generalist bij uitstek. De huisarts is ook een goed voorbeeld van het bijzondere van de generalistische expertise: de huisarts is allesbehalve een specialist als de andere specialisten. Dat brengt ons bij het tweede kenmerk van de generalist, namelijk de bijzondere context van zijn werkzaamheden: de eerste lijn. Dit in tegenstelling tot bijna alle andere medisch specialisten die in de tweede en derde lijn werkzaam zijn. De context, zo zagen wij hierboven, heeft grote invloed op de ontwikkeling van de expertise.

Specialisten in de tweede lijn richten zich op de diagnostiek en behandeling van complexe en vaak ook ernstige aandoeningen waarbij specifieke deskundigheid is vereist. De specialist werkt daarbij niet alleen met specifieke diagnostische kennis, maar ook volgens een specifieke methode. In de literatuur wordt gesproken van excluderende of uitsluitende diagnostiek: hij zoekt net zo lang door totdat er uit de totale groep van mogelijke diagnoses nog maar één (lees: het goede) alternatief overblijft. Zijn ingrijpen is vervolgens direct gericht op het opheffen of verminderen van de stoornis. Dat betekent nogal eens fors ingrijpen waarbij heel specifieke expertise is vereist. Denk aan een chirurgische ingreep of zware medicatie. Hoe anders is de taak en specifieke deskundigheid van de huisarts-generalist. Minder vaak gaat het in zijn praktijk om complexe en ernstige aandoeningen; patiënten komen met een veelheid aan klachten en problemen waarbij niet direct duidelijk is waar de schoen precies wringt. Daarom betreft de huisarts in zijn diagnostiek niet alleen de specifieke klachten maar ook beschikbare achtergrondinformatie, zoals zijn kennis over (het netwerk van) de patiënt. Dit diagnostisch redeneren impliceert inclusie: de huisarts stelt zijn diagnose door contextuele informatie toe te voegen en daartussen verband aan te brengen. Deze contextuele informatie helpt de huisarts een hypothese te formuleren over wat er aan de hand is en op grond daarvan te beslissen wat er moet gebeuren.

Het derde onderscheid tussen de specialist-generalist en de specialist-specialist volgt uit hun verschillende opdracht binnen de gezondheidszorg: de generalist is voor zijn cliëntèle direct toegankelijk en vervult de functie van poortwachter van de zorg. Zijn opdracht is om te bepalen of en zo ja welke zorg de patiënt nodig heeft. Gegeven de schaarsheid van middelen, en eventuele negatieve bijwerkingen van specialistische zorg wordt van de poortwachter verwacht zo terughoudend mogelijk te zijn met verwijzingen. Zijn expertise moet dus vooral worden ingezet op het zo klein mogelijk maken van het risico op niet terechte verwijzing, en dus gericht zijn op maximalisering van de kans op herstel in de eigen leefomgeving, zonder ingrijpen van de specialist. Dat impliceert dat de bijdrage van de generalist vooral gericht zal zijn op bevordering van het zelfhelend vermogen van de patiënt. De specialist-specialist komt in beeld nadat duidelijk is geworden dat het probleem desondanks persisteert. Aan hem de taak om tot op de bodem uit te zoeken wat er precies aan de hand is, en geen middel onbenut te laten het probleem op te lossen. De specialist heeft kortom tot opdracht de kans op onterecht niet ingrijpen - als gevolg van onvolledige diagnostiek - te minimaliseren.

De participatiesamenleving

Een van de meest fascinerende verschillen tussen het additieve en het differentiële model betreft de visie op passende interventies en de rol van de aanbieder daarbij. Het additieve model sluit sterk aan bij het *evidence based* denken. Goede zorg impliceert dat -gegeven de diagnose- de meest passende interventie wordt aangeboden. Passend verwijst naar effectiviteit, dat wil zeggen, de interventie moet werkzaam en doelmatig zijn. Bewijs van effectiviteit wordt geleverd in streng gecontroleerd, liefst experimenteel onderzoek, zoals de *randomized controlled trial* (RCT). Van de aanbieder wordt verwacht dat hij deskundig en bekwaam is waarbij het eigenlijk niet uitmaakt waar die zorg wordt geboden. Gaat de patiënt bijvoorbeeld gebukt onder een paniekstoornis, dan weten we dat cognitieve gedragstherapie de meest passende interventie is. Dat kan door een gespecialiseerd klinisch psycholoog, een GZ-psycholoog en zelfs door een leek. Omdat de kans groot is dat de klinisch psycholoog het meest expert is in het toepassen van deze interventie, weten we dat de beste zorg in beginsel door hem kan worden aangeboden. Dit neemt niet weg dat ook GZ-psychologen vaak over voldoende expertise beschikken en dat soms zelfs burgers, bijvoorbeeld de patiënt zelf, over voldoende deskundigheid beschikken om de cognitieve gedragstherapeutische technieken goed en adequaat toe te passen. Dat laatste is natuurlijk veel goedkoper en daarom in termen van kosteneffectiviteit te prefereren. Tegelijkertijd, en daar gaat het mij hier om, impliceert het additieve model dat een adequate diagnose en de juiste interventie de norm zijn, en dat specialisten het beste in staat zijn een goede diagnose te stellen en de interventie bekwaam toe te passen. Andere hulpverleners kunnen dat in beginsel ook leren, maar de kans is groot dat ze toch minder expert zijn en daarom een soort van *next best*. Vanuit het oogpunt van de kosten zijn zij soms in het voordeel. De GZ-psycholoog als *next best* voor de klinisch psycholoog, en de ervaren leek als *next best* voor de GZ-psycholoog. In de ideale samenleving waar geld in overvloed aanwezig is, zou het ideaal zijn dat alleen specialisten zorg bieden.

Vertrekpunt van het differentiële model is dat expertise in verschillende soorten en maten bestaat en dat de context waarin die zorg plaatsvindt mede bepaalt welke expertise het meest passend is. Soms, maar lang niet altijd, stellen generalisten en specialisten dezelfde diagnoses; veel vaker formuleren ze andere behandeldoelen. Die doelen bepalen vervolgens welke interventie het meest passend is en waar die interventie het beste aangeboden kan worden. Er is geen sprake van een een-op-een relatie tussen diagnose, doel, interventie en resultaat.

Het belang van de context kan niet genoeg benadrukt worden. Zo wordt het effect van een interventie in belangrijke mate bepaald door de wijze waarop de context wordt waargenomen en (impliciet) wordt gedefinieerd. Voor hulpverlening in zijn algemeen en psychotherapie in het bijzonder is het volgens Frank essentieel dat de context gedefinieerd wordt als een '*healing context*', dat wil zeggen als een

situatie waarin rollen gedefinieerd zijn als die van cliënt en hulpverlener, en waarbij de cliënt de ander als deskundig ziet en er vanuit gaat dat alles wat deze inbrengt, gericht is op de oplossing van diens probleem^{iv}. Die interpretatie van de situatie is essentieel; interventies krijgen bijvoorbeeld een heel ander effect zodra de cliënt gaat twijfelen aan de intenties en de deskundigheid van de hulpverlener. Een volgende stap in deze logica is vervolgens de veronderstelling dat effectief bewezen interventies buiten de specifieke hulpverleningscontext wel eens heel andere effecten zouden kunnen genereren; een paradoxale interventie tijdens therapie kan wonderen doen, maar kan thuis in een partnerrelatie wel eens tot grote catastrofes leiden.

Met het benadrukken van de context, mogelijke rollen en percepties daarvan, ontstaat geleidelijk een ander beeld van zorgverlening. Daarbij gaat het niet alleen meer over de verschillen tussen generalist en specialist maar ontstaat ook oog voor de verschillen tussen professionals en burgers. Zo is het maar de vraag of identieke handelingen uitgevoerd door professionals en burgers wel dezelfde interventies kunnen zijn, juist omdat de interpretatie ervan zo verschillend kan zijn en daardoor de gevolgen wel eens heel anders zouden kunnen zijn. We weten echter nog maar nauwelijks hoe die verschillen precies uitpakken, evenmin hoe groot ze zijn en in welke mate ze systematisch en consistent zijn. We kunnen vermoeden dat de mate waarin interventies 'gevoelig' zijn voor deze contextuele variabelen sterk wisselend is; daar waar sprake is van weinig contextuele variatie zouden we van 'robuuste' interventies kunnen spreken en daar waar juist veel variatie optreedt van 'context-sensitieve' interventies. Hiermee is overigens niets gezegd over de omvang van het effect (de effectsize) of over de mogelijke koppeling tussen aanbieder en robuustheid van de interventie, al is de verleiding groot – zeker vanuit het additieve model – aan robuuste interventies een groter effect toe te kennen en ze te koppelen aan professionele specialisten.

Dat daarover ook heel anders kan worden gedacht, bewijzen ervaringen van lotgenoten, ervaringsdeskundigen, mantelzorgers en vrijwilligers. Juist in die wereld is er een groeiend besef dat niet-professionals op een geheel eigen manier en buitengewoon krachtig kunnen interveniëren, maar ook dat effectieve interventies van de ene groep niet zomaar te kopiëren zijn naar de andere groep. Lotgenoten, denk bijv. aan de AA kunnen zeer ruw en direct interveniëren, zeker als ze met elkaar bijeen zijn. Mantelzorgers moeten het thuis veel vaker hebben van subtiliteit en presentie. Beide groepen weten hoe belangrijk het is om de context informeel te houden en niet de interventies van professionals over te nemen, de kans is immers groot dat dit de zorgvrager in het verkeerde keelgat schiet. De context en de rol die men daarbij inneemt blijken belangrijke parameters bij het realiseren van toegevoegde waarde.

Enkele conclusies

De typering door de overheid van generalisten sluit goed aan bij het dominante *evidence based* denken waarbij bij ieder probleem de meest juiste diagnose moet worden gesteld en vervolgens de meest effectieve interventie moet worden toegepast. Tegelijkertijd laat dat perspectief weinig ruimte voor een eigen invulling van de generalist; van hem wordt slechts verwacht in kortere tijd en met minder middelen zo sterk mogelijk te lijken op de specialist. Voor burgers die actief zijn in de zorg geldt hetzelfde; eigenlijk zijn ze slechts een middel om de oplopende uitgaven voor zorg en welzijn te beteugelen. Dat is geen aantrekkelijk perspectief en bovendien niet in overeenstemming met de empirie.

Het huisartsenmodel, hiervoor aangeduid als het differentiële model, biedt meer ruimte voor verschil tussen generalist en specialist. Uitgangspunt daarbij is dat expertise in soorten en maten bestaat, en dat de contextuele variabelen in belangrijke mate bepalen welke diagnose het meest adequaat is, welke beslissing het meest passend, en welke interventie door wie uitgevoerd het grootste effect sorteert. Daar waar de generalistische geneeskunde zich profileert met terughoudendheid (bij 'pluis' vooral de eigen herstel mogelijkheden van de patiënt bevorderen), opteert de specialistische geneeskunde veel vaker voor invasieve

interventies. Het adagium van de huisarts luidt: 'In geval van twijfel niets doen', terwijl de specialist als motto heeft: 'Bij twijfel doorgaan tot alle onzekerheid is uitgesloten'. De huisarts ziet vooral risico's in patiënten ten onrechte in het medisch systeem laten verdwijnen; de specialist ziet vooral risico's in patiënten ten onrechte medische zorg onthouden. De eerste weet zich gesteund door cijfers van overconsumptie van medische zorg en het grote risico op iatrogene schade; de tweede baseert zich op studies naar de effectiviteit van zijn interventies. Hoewel beide perspectieven kunnen bogen op empirische ondersteuning van hun zienswijze, zijn hun conclusies tegengesteld. Ze hebben beiden gelijk, tenminste binnen een systeem waarbij de generalist aan de voordeur zit en de specialist in zicht komt als de klachten niet verbeteren of er sprake is van 'niet-pluis'. De spannendste vraag is niet wie gelijk heeft, maar vooral wanneer van het ene perspectief naar het andere moet worden gewijcht.

Het differentiële model biedt ten slotte ook mogelijkheden om eigen ruimte te creëren voor niet-professionals in de zorg. Het model maakt aannemelijk dat mantelzorgers en lotgenoten unieke en toegevoegde waarde hebben voor de zorg. Ze zijn niet alleen goedkoper, ze zijn vooral in staat om andere zorg te bieden, al was het alleen maar omdat ze binnen een andere context in staat zijn andere doelen te formuleren en met andere interventies vaak uitermate effectief te zijn.

ⁱ Christensen, A. en N.S. Jacobson (1994). Who (or what) can do psychotherapy. The status and challenge of nonprofessional therapies. In: *Psychological Science*, vol. 5, nr. 1, p. 8-14.

ⁱⁱ Boshuizen, H.P.A., van (1989). *De ontwikkeling van medische expertise*. Meppel: KRIPS Repro.

ⁱⁱⁱ Verhaak P.F.M. (2011). *Geestelijke Gezondheidszorg in de Huisartsenpraktijk: psychiatiseren of normaliseren. Inauguratie*. Utrecht: Nivel.

^{iv} Frank J.D. en J.B. Frank (1991) *Persuasion and Healing. A comparative study of psychotherapy*. 3 ed. Baltimore London: the John Hopkins University Press.