

Voorkómen van stagnatie van herstel en chronische problemen bij patiënten in de ggz

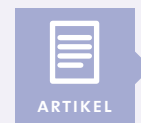
Een veldraadpleging onder Nederlandse experts

C.P.G. COUWENBERGH*, J. VAN WEEGHEL*

- ACHTERGROND** In het plan van aanpak 'Over de brug' is voorgesteld om een derde minder ernstige psychische aandoeningen (EPA's) te realiseren. Daartoe moet, naast het aanbieden van herstelgerichte zorg aan mensen die tot de EPA-groep behoren, in voorafgaande behandeltrajecten worden voorkomen dat het herstel stagneert en de problematiek chronisch wordt.
- DOEL** Onderzoeken welke mechanismen volgens Nederlandse experts leiden tot stagneren van herstelprocessen en hoe chroniciteit kan worden voorkomen.
- METHODE** In een veldraadpleging werden 34 experts uit verschillende deelterreinen van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) geïnterviewd.
- RESULTATEN** De experts benoemden vele factoren waardoor het herstel van psychische aandoeningen kan stagneren. De verbetervoorstellen liepen sterk uiteen, maar er was consensus over enige kernprincipes voor de preventie van chroniciteit. Zo vond iedereen dat behandelaars een balans moeten vinden tussen goede zorg bieden en de eigen hulpbronnen van patiënten in stand houden door de sterke kanten van patiënten te stimuleren, hun sociale netwerk bij de behandeling te betrekken, en verlies van werk en relaties en beëindigen van studie te helpen voorkómen.
- CONCLUSIE** Veel ggz-patiënten moeten in een vroeg stadium zorg op meerdere levensgebieden krijgen om vergaande afhankelijkheid van integrale zorg in een later stadium te voorkomen. Dit vereist dat we naasten hierin betrekken en er sectoroverstijgend samenwerken.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)1, 18-26

TREFWOORDEN chroniciteit, ernstige psychische aandoeningen, herstel, preventie



ARTIKEL



Mensen met een psychische aandoening krijgen idealiter een zodanige behandeling dat zij volledig herstellen en hun leven naar wens kunnen hervatten. Hoewel dit primaire doel van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) bij vele patiënten wordt bereikt, verloopt het herstelproces bij anderen minder gunstig: zij houden last van symptomen en hebben moeite hun sociale leven vorm te geven. Hun problemen zullen na enige tijd aan de criteria voor een 'ernstige psychische aandoening' voldoen.

Definitie EPA

In de Nederlandse definitie van een ernstige psychische aandoening (EPA) moet er sprake zijn van een psychische stoornis, een persisterend verloop, een circulaire relatie tussen psychische stoornis en ernstige beperkingen in het sociaal functioneren, en een indicatie dat integrale zorg noodzakelijk is (Delespaul e.a. 2013). In Nederland zijn naar schatting 281.000 mensen met een EPA, van wie ongeveer 75% in zorg is. Het gaat om een groeiende groep: in

2016 kwamen er ten opzichte van 2015 bijna 20% patiënten met een EPA bij (www.zorgprismaopenbaar.nl).

Vaak betreft het een psychotische stoornis, maar het kan ook gaan om andere psychiatrische problematiek, zoals een chronische depressie (Ten Have e.a. 2019). Zo schat men dat circa 10% van de patiënten met een frequent voorkomende stoornis zoals een depressie, angststoornis of alcoholverslaving aan de genoemde definitie van een EPA voldoet. Bij patiënten met een pervasieve ontwikkelingsstoornis, een persoonlijkheidsstoornis en een stoornis in het gebruik van middelen (drugsverslaving) schat men dit percentage op ongeveer 30%, bij patiënten met een bipolaire stoornis op circa 40%, bij patiënten met een psychotische stoornis op circa 60% en bij patiënten met schizofrenie op 90% (Delespaul e.a. 2013; Projectgroep Plan van aanpak EPA 2014).

Herstel is mogelijk

Tegenwoordig zijn er goede zorgmodellen beschikbaar als blijkt dat de problematiek ernstig en langdurig is (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz 2017). Toch hopen patiënten dat ook eerder al het mogelijke wordt gedaan om ernstig lijden en grote achterstanden te voorkomen.

Die hoop wordt gevoed door het inzicht dat het langetermijnbeloop van EPA's een opener karakter heeft dan men eerder aannam (Jeste e.a. 2011). Over meerdere decennia bekeken, herstelt ongeveer een kwart van de patiënten volledig, en ongeveer de helft gedeeltelijk, waarbij sommigen nog veel, en anderen bijna geen last hebben van symptomen (Menezes e.a. 2006). De uitkomsten verschillen wel per diagnose: zo heeft een niet-psychotische depressie een betere prognose dan een bipolaire en een schizoaffectieve stoornis, en heeft schizofrenie in deze reeks de slechtste uitkomsten (Harrow e.a. 2005). Voorts blijft maatschappelijk en persoonlijk herstel over het algemeen achter bij klinisch herstel (Castelein 2017; Ng e.a. 2016).

In 2014 verscheen het rapport 'Over de brug', waarin een plan van aanpak werd beschreven om de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland te verbeteren. De projectgroep stelde voor om de achterstand van mensen met EPA ten opzichte van andere burgers in te lopen en 'een derde minder EPA' te realiseren (Projectgroep plan van aanpak EPA 2014). Echter, in dat plan is alleen de zorgverlening aan mensen die tot de EPA-groep behoren, uitgewerkt.

Preventie van EPA

In dit artikel staat preventie van EPA centraal. De focus ligt daarbij op tertiaire of zorggerelateerde preventie bij personen die al bij de ggz bekend zijn, en waarbij het doel is de ziektelast te reduceren, erger te voorkomen en zelfred-

AUTEURS

CHRISJE COUWENBERGH, senior stafmedewerker onderzoek en beleid, Kenniscentrum Phrenos.

JAAP VAN WEEGHEL, hoogleraar Rehabilitatie en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, Tranzo, Universiteit van Tilburg, en wetenschappelijk directeur, Kenniscentrum Phrenos.

*Gedeeld eerste auteurschap; beide auteurs hebben gelijk aan het artikel bijgedragen.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. C.P.G. Couwenbergh, Kenniscentrum Phrenos, Postbus 1203, 3500 BE Utrecht.

E-mail: ccouwenbergh@kcpshrenos.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-6-2019.

zaamheid te bevorderen. In termen van staging (Beekman e.a. 2012) is het doel te voorkomen dat patiënten permanent in fase 3 (terugkerende of aanhoudende stoornissen) of fase 4 (ernstige, aanhoudende stoornissen niet in remissie) belanden.

Tertiaire preventie heeft, net als het herstelbegrip (Van der Stel 2012), meerdere dimensies: naast het tegengaan van verergering van psychiatrische aandoeningen gaat het om het voorkomen van functiebeperkingen, identiteitsverlies en verlies van sociale rollen. Dit kan ook als preventie van chroniciteit, of van langdurig lijden, worden aangeduid.

In dit artikel staat de volgende vraagstelling centraal: wat zijn de belangrijkste risicofactoren voor het ontstaan van EPA en wat zijn kansrijke strategieën om chroniciteit en grote achterstanden te voorkomen? Ter beantwoording voerden wij een veldraadpleging onder Nederlandse experts uit.

METHODE

Experts

We nodigden 34 experts op verschillende deeltherreinen van de ggz en het sociaal domein uit voor een interview. Uitgangspunt voor de uitnodigingen was een vertegenwoordiging van meerdere disciplines en perspectieven (14 psychiaters, 9 psychologen, 6 (familie-) ervaringsdeskundigen, 3 verpleegkundig specialisten, 2 beleidsmakers/bestuurders sociaal domein) en ggz-specialismen/kenniscentra (waaronder psychosen, verslaving, persoonlijkheidsstoornissen, bipolaire stoornissen en transculturele psychiatrie). De helft van de experts was ook wetenschap-

pelijk actief (onder wie 8 hoogleraren en 2 lectoren), ruim de helft (18 experts) had ook een management- of bestuurlijke functie, en de verhouding man/vrouw (19/15) was bijna gelijk.

Interviews

We wilden weten wat volgens experts de belangrijkste mechanismen zijn die bijdragen aan chroniciteit en welke aangrijpingspunten zij zien om die te doorbreken. Hierbij kozen we voor een kwalitatieve dataverzameling middels interviews. Gezien de reikwijdte en abstractie van het onderwerp had deze veldraadpleging een ander karakter dan een klassieke kwalitatieve studie met bijbehorende methodologie. De open interviews werden door één of beide interviewers (beide sociale wetenschappers) gedaan aan de hand van een gespreksleidraad met zes open vragen (zie **TABEL 1**). De gesprekken duurden gemiddeld 60 minuten.

De interviews werden door de auteurs via gespreknotities in een samenvattend verslag uitgewerkt en ter correctie voorgelegd aan de geïnterviewden (*member check*). Analyse van de samenvattende verslagen werd gebaseerd op de uitgangspunten van de thematische analyse (Braun & Clarke 2006). Wij identificeerden terugkerende thema's uit de initiële codering (met MAXQDA-software) op basis van consensus.

RESULTATEN

Factoren die bijdragen aan chroniciteit

De experts noemden factoren op meerdere niveaus die chroniciteit in de hand kunnen werken.

RISICOFACTOREN BIJ PATIËNTEN EN HUN NAASTE OMGEVING

Experts onderkennen, doorgaans in overeenstemming met de wetenschappelijke inzichten op dit gebied, velerlei premorbide factoren die het risico op chroniciteit kunnen verhogen, zoals vroege traumatisering, onveilige gehecht-

heid, verstandelijke beperking, lage sociaal-economische status en belastende gezinsomstandigheden.

Andere genoemde risicofactoren waren: duur van de onbehandelde aandoening, vroeg begin van de aandoening, ernstige negatieve symptomen, (niet-onderkende) comorbide problemen zoals verslaving, lichte verstandelijke beperking (LVB), autismespectrumstoornis (ASS), ADHD, persoonlijkheidsproblematiek, cognitieve beperkingen en ernstige slaapproblemen.

Ook werd aangegeven dat de directe omgeving van de persoon grote invloed heeft: steun van naastbetrokkenen, een goed netwerk en een welwillende sociale context kunnen veel verschil maken in het beloop van de aandoening.

RISICOFACTOREN IN DE SAMENLEVING

Veel experts signaleerden dat de samenleving heel complex is geworden. *'Het pad naar normaliteit wordt steeds smaller naarmate de eisen in onze maatschappij hoger zijn.'* Maakbaarheid en zelfredzaamheid zijn volgens hen uitgangspunten in beleid geworden. Mensen met psychische aandoeningen behoren tot degenen die het daardoor extra moeilijk hebben. Aangegeven werd dat armoede en werkloosheid risicofactoren zijn voor een chronisch beloop. Tevens noemden experts dat mensen met psychische aandoeningen vaak uitsluiting ervaren in het maatschappelijke verkeer. Hierin speelt mee dat psychische aandoeningen een overwegend negatieve reputatie hebben, wat tot uitdrukking komt in opvattingen dat psychiatrische patiënten gevaarlijk, incompetent en onvoorspelbaar zouden zijn. Hierdoor raken patiënten gedemoraliseerd, staken hun pogingen tot participatie en, in het slechtste geval, internaliseren zij de genoemde negatieve beelden (zelfstigma).

RISICOFACTOREN IN DE GGZ

Alle experts onderkennen ook risicofactoren in de ggz zelf. De werkwijze is volgens velen te medisch en te probleemgericht: het complete beeld van een persoon raakt verloren,

TABEL 1 Gespreksleidraad voor de interviews met zes open vragen

- 1 Kent u uit uw eigen praktijk (of onderzoek) mensen die – hoewel ze in zorg zijn – weinig profiteren van de geboden zorg? Kunt u beschrijven hoe zo'n proces over het algemeen loopt?
- 2 Wat zijn de verschillen met de grote groep mensen die wel verbetering ervaren en hun leven relatief snel weer kunnen oppakken?
- 3 Welke onderliggende mechanismes zouden die verschillen kunnen verklaren?
- 4 Wat zijn mogelijke aangrijpingspunten om die mechanismes te doorbreken?
- 5 Wat zou uw prioriteit/belangrijkste advies zijn in de preventie van EPA?
- 6 Zijn er stukken en/of mensen die u aan ons aan kunt raden om te raadplegen voor deze studie?

er is weinig oor voor het eigen verhaal en eigen sociale rollen. *'De ggz heeft een medisch-technische omgeving gecreëerd waarin het slecht toeven is. Het maakt mensen passief in de rol van patiënt en dooft hun sense of agency.'* Verder komen eventuele comorbide problemen niet aan het licht en laat de implementatiegraad van effectieve interventies te wensen over. Ook zijn wachtlijsten een risicofactor, omdat hierdoor het momentum voor verandering vaker wordt gemist. Volgens meerdere experts hebben behandelaars vaak te lage verwachtingen van hun patiënten. Dat geldt tijdens crisissituaties, maar ook daarna is de werkwijze dikwijls te risicomijdend. Experts vanuit patiënt- en familieperspectief gaven aan verbaasd te zijn over hoe snel het predicaat 'chronisch' werd toegekend. Volgens hen worden patiënten te vroeg, voordat alles is geprobeerd, naar de langdurige zorg overgeplaatst.

Tot slot werd vaak genoemd dat de gefragmenteerde organisatie en bekostiging van de zorg tot discontinuïteit in behandeltrajecten leiden, zoals bij de overgang tussen jeugd- en volwassenen-ggz, tussen de kortdurende behandeling en de langdurige zorg en tussen de Zorgverzekeringswet (ZvW) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Richtingen voor de toekomst

Alle experts vonden dat verbeteringen noodzakelijk én mogelijk zijn. Maar over de gewenste snelheid en radicaliteit van die verbeteringen verschilden de meningen. Sommige experts zagen de huidige ggz als een falend systeem. *'De ggz moet zich transformeren, heeft geen antwoord op individuele en maatschappelijke vragen.'* Verandering zal afgedwongen worden door oplopende financieringstekorten, de schaalgrootte van ggz-instellingen, de emancipatie van patiënten en familieleden, de inzet van ervaringsdeskundigheid en zelfhulp, en de grotere rol van het sociale domein.

Andere experts vreesden dat het kind met het badwater wordt weggegooid, en zagen meer in verbetering van het bestaande: *'Er is veel goeds, maar het moet wel in de praktijk worden gebracht.'* Systeemgericht werken is daarbij geboden, evenals alertheid op transitie-momenten in het leven van patiënten.

Weer anderen vonden dat het perspectief van de transculturele psychiatrie bruikbaar is om de hele ggz-behandeling te herijken: iedere patiënt zou een benadering verdienen waarin dominante assumpties ter discussie staan. Voorts zouden we meer in termen van *public health* moeten denken: kwaliteit wordt dan gedefinieerd als gezondheid van de hele populatie, met aandacht voor overbehandeling (van lichte problemen) en onderbehandeling (van complexe problemen).

Op de vraag naar prioriteiten in het voorkómen van chroniciteit kwamen de volgende clusters van aanbevelingen naar voren.

VROEG BEGINNEN

Veel experts onderstreepten het belang van de periode van de jongvolwassenheid voor het voorkomen van chroniciteit. Vernieuwingen zoals hoogrisicoscreening en behandeling bij een dreigende psychose laten zien dat met een proactieve aanpak veel winst te behalen is. Maar mede door het stigma op psychische problemen wachten veel jongeren lang met hulp zoeken. *'De ggz spreekt jongeren niet aan, terwijl problemen juist in die leeftijdsfase ontstaan.'* Door laagdrempelige hulp dichtbij huis kan dat veranderen. Sommige experts vonden dat de ggz moet overstappen van *stepped care* op *matched care*, waarbij zo snel mogelijk de juiste zorg bij iedere hulpvraag wordt geboden. Hierbij moeten jeugd-ggz en volwassenen-ggz beter op elkaar aansluiten en samenwerken.

COMPLETERE DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

Vrijwel alle experts noemden het behandelen van comorbide problemen als aangrijpingspunt. Traumatisering, autisme, lvb en verslaving blijven vaak onopgemerkt bij binnenkomst in de ggz. Behandelaars aarzelen soms zich hierop te richten uit angst niet adequaat te kunnen handelen (handelingsverlegenheid), terwijl bij multiproblematiek het risico op langdurig lijden juist groot is. Behalve comorbiditeit moeten ook problemen op andere levensgebieden in beeld komen zoals armoede en geen of slechte huisvesting.

Het is zaak de diagnostiek regelmatig te herhalen, juist bij patiënten met complexe problemen. Experts vanuit patiënt- en familieperspectief vonden dat patiënten vaak vastzitten aan een ooit gegeven diagnose. Sommige behandelaars herkenden dit: *'Over het algemeen wordt ingezet op het behandelen van de stoornis, één keer switchen naar een andere behandeling als het traject vastloopt en dan stopt het in de cure. Dan is iemand 'behandelresistent' en wordt verwezen naar een F-ACT-team.'*

De suggestie werd gedaan al bij de intake een (ervaringsdeskundige) generalist te betrekken. Deze moet kennis van behandeling én sociale ondersteuning hebben om het perspectief te verbreden naar alle relevante levensgebieden. Eén expert suggereerde het instellen van een alarmbel voor behandeltrajecten die dreigen vast te lopen, om aan te duiden dat de behandeling grondig moet worden geëvalueerd.

RUIMTE VOOR HET PERSOONLIJK VERHAAL

Als tegenwicht voor een eenzijdige nadruk op symptoomverlichting, benadrukten experts dat patiënten hun eigen perspectief moeten (her)vinden, los van hun symptomen. *‘Als je je enkel richt op symptoomreductie, mis je veel potentiële aanknopingspunten voor herstel.’* De kern van persoonlijk herstel is het hervinden of ontwikkelen van de eigen identiteit, een hernieuwd zelfgevoel en nieuwe zingeving. Dat perspectief kan niet vanuit de ggz komen, maar hulpverleners kunnen wel herstelondersteunende zorg bieden en ruimte maken voor deze herstelprocessen. Een goed evenwicht tussen autonomie en verbondenheid in de relatie tussen patiënt en hulpverlener is hierbij essentieel. Verder kan angst voor afwijzing ertoe leiden dat patiënten hun sociale leven steeds meer inperken. Behandelaars kunnen zelfstigmatisering helpen tegengaan. Sommige deskundigen stelden dat perioden van lijden en eenzaamheid inherent aan het leven zijn en dat de ggz meer aandacht moet hebben voor de existentiële en spirituele dimensie in het leven van de patiënt.

Tot slot werden de inzet van ervaringsdeskundigheid en zelfhulp vaak genoemd als middelen om patiënten te ondersteunen bij hun persoonlijk herstel.

BETREKKEN FAMILIE EN SOCIALE CONTEXT

De meeste experts wezen erop dat personen in de omgeving van de patiënt doorgaans te weinig in de behandeling worden betrokken. *‘We behandelen het individu en hopen dat het effect daarvan generaliseert naar de omgeving, maar in de praktijk gebeurt dit vaak niet.’* Systemisch denken zit volgens meerdere experts niet meer in het DNA van ggz-hulpverleners. De nadruk ligt te veel op resultaten in de klinische setting en niet op het creëren van de juiste context voor veranderingen in het dagelijks leven.

Experts stelden dat de ggz bovendien onvoldoende gebruikmaakt van de eigen hulpbronnen en veerkracht van patiënten. Zo zijn resourcegroepen de praktische uitwerking van de gedachte dat naasten meer betrokken moeten worden om een duurzaam antwoord te geven op de problemen van patiënten. Een resourcegroep is een groep mensen, uitgekozen door de patiënt, die hem helpt persoonlijke, zelfgekozen doelen te bereiken.

Dit zien we ook terug in de benadering van *Open Dialogue*, waarin het gezamenlijk zoeken naar betekenis bij ontwrichtende ervaringen centraal staat. In netwerkbijeenkomsten bespreken de patiënt, naasten, hulpverleners en ervaringswerkers samen de opties voor behandeling. Zo'n dialoog voorkomt het zoeken naar voorbarige diagnoses en plannen die herstel kunnen belemmeren. *‘We moeten toe naar een meerstemmig verhaal, een breder perspectief. De ggz heeft niet het alleenrecht op het probleem en de oplossing van cliënten.’*

BEHOUD VAN MAATSCHAPPELIJKE ROLLEN VANAF DAG ÉÉN

De deskundigen waren het over één ding roerend eens: om langdurig lijden en uitsluiting te voorkomen, moeten we patiënten vanaf dag één ondersteunen in het vervullen van hun maatschappelijke rollen. Beëindigen van studie en verlies van werk en relaties moeten worden voorkomen. Een zinvolle daginvulling bevordert de lichamelijke en psychische gezondheid en is een potentiële bron van sociale contacten. Voor werk geldt bovendien dat het een inkomstenbron is en daarmee een middel tot zelfstandigheid en onafhankelijkheid. *‘We moeten patiënten stimuleren om door te gaan met hun verschillende rollen in het dagelijks leven en daarnaast behandelen. Dat geeft houvast, want de ziekte geeft geen houvast.’*

Nu komt er vaak pas aandacht voor als mensen al lang in zorg zijn en veel rollen hebben moeten opgeven. Zo werd voorgesteld om individuele plaatsing en steun (IPS) - een effectieve interventie bij EPA - al aan te bieden aan patiënten in kortdurende behandelprogramma's, om ervoor te zorgen dat zij hun baan of studie behouden.

SAMENWERKING BINNEN GGZ EN MET SOCIAAL DOMEIN

Veel deskundigen noemden de noodzaak van een goede samenwerking tussen de ggz en actoren in het sociale domein, zoals sociale wijkteams. De problemen en behoeften van mensen liggen immers zelden uitsluitend op het werkterrein van de ggz. De negatieve gevolgen van een psychische aandoening kunnen deels worden voorkomen als de ggz en organisaties in het sociaal domein een solide steunstructuur opzetten, met formele en informele elementen.

Dat lukt alleen als professionals uit de verschillende domeinen elkaars werkwijzen beter kennen en samen optrekken. Dat kan het beste op wijkniveau gebeuren, aansluitend op de leefwereld van patiënten en op netwerken van huisartsen, gemeenten, huisvesting, welzijnswerk en politie. Dit vraagt om een breder perspectief op de problematiek. Zo is het onderscheid in EPA en niet-EPA in een wijkgerichte aanpak minder relevant. Ook qua organisatie vraagt het veel van de ggz. *‘Het is de uitdaging een goede manier te vinden om een hoog specialistische infrastructuur in stand te houden op een kleinere schaal. Het verwatert snel als je het teveel verdunt.’*

Deze nieuwe manier van samenwerken doet een groot beroep op de houding en competentie van hulpverleners. Het vereist een proactieve, systemische benadering en meer kennis over comorbide problemen. Sommige deskundigen benadrukten het belang van specialisaties: *‘Eerder was de gedachte dat er vooral generalisten nodig waren, maar nu ligt de nadruk meer op de noodzaak van netwerk samenwerking tussen diverse specialisaties.’*

Anderen legden meer nadruk op procesgerichte vaardigheden: *‘Niet meer specialisaties, maar meer procesdeskundigheid: steeds letten op wat je samen aan het doen bent, waar je heen wilt, wanneer het voldoende is, etcetera.’*

Voorts constateerden vele deskundigen dat er inhoudelijk al veel goeds gaande is, maar dat de financiering nog volgens het oude systeem is geregeld. De *incentives* in het systeem zijn verkeerd: de ggz wordt nu betaald voor productie, terwijl we moeten toewerken naar *shared savings* met de gemeente. De meeste middelen zouden naar de zorg voor mensen met de meest complexe problemen moeten gaan, maar het is nu andersom.

Sommige deskundigen zagen veel in de voorstellen van de ‘nieuwe ggz’ (Delespaul e.a. 2015). Volgens hen moet de ggz worden afgerekend op de gezondheid van de hele populatie in plaats van te focussen op symptoomreductie bij de personen die nu zorg ontvangen. Daarbij moeten de diverse zorgbudgetten worden geïntegreerd en op wijkniveau worden ingezet.

DISCUSSIE

De geïnterviewde deskundigen onderkennen vele factoren waardoor herstelprocessen stagneren en de problemen een chronisch karakter krijgen. Het gaat om risicofactoren op het niveau van individuen en hun naaste omgeving, maar ook op het vlak van de ggz, de samenwerking tussen ggz en het sociale domein, en de samenleving als geheel. Bovendien beïnvloeden deze factoren elkaar negatief. Zo is het verband tussen psychische aandoeningen en maatschappelijke achterstand tweezijdig (Wahlbeck e.a. 2017): opgroei in armoede vergroot de kans op psychische aandoeningen (sociale causatie), en vervolgens hebben mensen met een psychische aandoening een grotere kans op armoede en ongelijke behandeling (sociale neergang). Alle deskundigen vonden dat we de (ggz-)praktijk moeten verbeteren om te voorkomen dat de problemen van patiënten een permanent karakter krijgen. Over hoe we chroniciteit kunnen voorkómen, liepen de opvattingen echter uiteen. Volgens sommigen ontbeert de ggz een radicale visie op vroegtijdig handelen. Anderen vonden dat de ggz zich bewust moet zijn van haar bescheiden rol in het leven van mensen: de ggz moet samen met anderen wijkgerichte zorg organiseren. Weer andere deskundigen benadrukten juist dat we in de ggz meer kunnen dan we denken, als we de voorhanden kennis maar beter in praktijk brengen. Tegelijkertijd was er het besef dat chroniciteit niet altijd te voorkomen valt, en ook dat we het beloop op individueel niveau moeilijk kunnen voorspellen. Ook al doen we het goede, de uitkomst zal nooit helemaal maakbaar zijn. De acceptatie van het lijden zou wel een actieve vorm van acceptatie moeten zijn: het gaat om een goede balans tussen actief zoeken naar mogelijkheden en het accepteren

van grenzen aan de veranderbaarheid (Nieman 2017; Razaque & Stockman 2016).

Prioriteiten voor de toekomst

Deze veldraadpleging leverde zes clusters van aanbevelingen op waarvan de relevantie in vele wetenschappelijke publicaties wordt bevestigd. Tevens worden de meeste aanbevelingen ondersteund door empirische evidentie.

Dat laatste geldt zeker voor de eerste aanbeveling, *‘beter eerder dan later’*, onder meer bij de behandeling van vroege psychosen (Van der Gaag e.a. 2013; Veling e.a. 2013). Vroege herkenning en behandeling is één van de hoofdthema’s in het onderzoeksprogramma ggz van ZonMw (2016).

Hierin vinden we ook de tweede aanbeveling inzake *‘complete diagnostiek en behandeling’* prominent terug.

De derde aanbeveling, *‘ruimte bieden aan het persoonlijk verhaal en perspectief’*, onderstreept de noodzaak om in de behandeling aan te sluiten bij de persoonlijke herstelprocessen van patiënten (Boevink e.a. 2016; Van Weeghel e.a. 2019). Omdat zelfstigma het herstel in de weg kan staan, dienen behandelaars beginnende zelfstigmatisering te onderkennen en met gerichte interventies helpen tegen te gaan (Yanos e.a. 2017).

De vierde aanbeveling, *‘betrekken van familie en sociale context’*, heeft ook brede steun, onder meer in de pleidooien om in de psychiatrie de kracht en hulpbronnen van patiënten beter te benutten (Leeman e.a. 2017; Priebe e.a. 2013). De vijfde aanbeveling, *‘behoud van maatschappelijke rollen vanaf dag één’*, wordt ook wetenschappelijk onderbouwd: rehabilitatie en participatie hebben in het algemeen een positief effect op de psychische gezondheid van mensen. En hoe volwaardiger hun participatie des te groter het effect (Schuring e.a. 2016; Van Weeghel & Michon 2018). Voor jongeren met een vroege psychose die niet van het reguliere behandelaanbod profiteren, is in Engeland het programma *Social Recovery Therapy* (SRT) toegevoegd aan de gebruikelijke behandeling (Fowler e.a. 2018). SRT beoogt hoop, motivatie en empowerment te bevorderen en tot activiteit aan te moedigen.

De zesde aanbeveling, *‘betere samenwerking binnen de ggz en met het sociale domein’*, is in vele publicaties terug te vinden. Zo beschouwen velen de scheiding tussen de jeugd-ggz en de ggz voor volwassenen als een belemmering voor de uitbouw van een op herstel gerichte behandelpraktijk (Van Amelsvoort 2014). Bij overgangen tussen verschillende settings is continuïteit in de behandeling belangrijk. Tot slot blijkt ook uit de literatuur dat preventie van chroniciteit om andere competenties vraagt, zoals een proactieve houding van behandelaars, die escalaties moeten zien aankomen en ernaar moeten handelen en werken met het gezinssysteem van de patiënt (Koekkoek 2011).

Beperkingen

Ons onderzoek had beperkingen. Weliswaar hebben we velerlei deskundigen geraadpleegd, maar sommige groepen waren getalsmatig minder vertegenwoordigd, zoals rehabilitatiewerkers, (ex-)patiënten en familieleden. Verder waren de interviews niet verbatim uitgewerkt, maar in samenvattende verslagen, die door de geïnterviewden werden gevalideerd en waar nodig gecorrigeerd (member check). Deze landelijke veldraadpleging van experts voldoet dus niet aan alle methodologische kenmerken van *state of the art* kwalitatief onderzoek. Dit brengt ons ertoe om verdiepende studies naar (tertiaire) preventie van chroniciteit aan te bevelen, waarin ook de perspectieven van minder dominante beroeps- en patiëntgroepen uitgebreid aan bod komen.

CONCLUSIE

Hoewel de verbetervoorstellen sterk uiteenliepen, was er over enige kernprincipes voor de preventie van chroniciteit consensus. Zo vond iedereen dat ggz-behandelaars een goede balans moeten vinden tussen goede zorg bieden en de eigen hulpbronnen van patiënten in stand houden door de sterke kanten van patiënten te stimuleren, hun sociale netwerk bij de behandeling te betrekken, en vooral verlies van werk, studie en relaties te helpen voorkomen.

LITERATUUR

- Beekman ATF, van Os J, van Marle HJC, van Harten PN. Stagering en profilering van psychiatrische stoornissen. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 915-20.
- Boevink W, Kroon H, van Vugt M, Delespaul P, van Os J. A user-developed user run recovery programme for people with severe mental illness; A randomised controlled trial. Psychosis 2016; 8: 287-300.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006; 3 (2).
- Castelein S. Herstelbevordering bij ernstige psychische aandoeningen: Overstag en vooruit! (Oratie). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 2017.
- Davidson L. Considering recovery as a process: or, life is not an outcome. In: A Rudnick (red), Recovery of people with mental illness. Philosophical and related perspectives. New York: Oxford University Press; 2012. p. 252-63.
- Delespaul P, Consensus Groep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 427-38.
- Delespaul P, Milo M, Schalken F, Boevink B, van Os J. Goede ggzi! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie. Leusden: Diagnosis; 2016.
- Fowler D, Hodgekins J, French P, Marshall M, Freemantle N, McCrone P, e.a. Social recovery therapy in combination with early intervention services for enhancement of social recovery in patients with first episode psychosis (SUPEREDEN3): a single-blind, randomised controlled trial. Lancet Psychiatry 2018; 5: 41-50.
- Van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, French P, Linszen DH, Yung AR, e.a. Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. Schizophr Res 2013; 149 (1-3): 56-62.
- Yanos PT, Lucksted A, Drapalski AI, Roe D, Lysaker P. Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. Psychiatr Rehabil J 2015; 38: 171-8.
- Harrow M, Grossman L, Jobe T, Herbener E. Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. Schizophr Bull 2005; 32: 723-34.
- Jeste DV, Wolkowitz OM, Palmer BW. Divergent trajectories of physical, cognitive, and psychosocial aging in schizophrenia. Schizophr Bull 2011; 37: 451-5.
- Koekkoek B. 'Chronisch' worden in de psychiatrie. De invloed van ggz-hulpverlening op chroniciteit. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 2011; 66: 222-35.
- Leeman E, Bähler M, Bovenberg F, Dorleijn M, van Goor L, Kreuger T, e.a. Praktijkboek resourcegroepen: Herstellen doe je samen. Utrecht: De Tijdstroom; 2017.

Omdat psychische aandoeningen en sociale problemen elkaar versterken, is een integrale benadering gewenst om maatschappelijke neergang van patiënten te voorkomen. Een goede aanpak van kwesties op de grensvlakken van verschillende domeinen en wetten (ZvW, WMO en Participatiewet) zijn van groot belang om het klinisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel te bevorderen.

Preventie van chroniciteit impliceert een intensief proces waarin familie en andere naasten nauw betrokken worden, en er over langere tijd sectoroverstijgend wordt samengewerkt. De verbetervoorstellen lijken opvallend sterk op het plan van aanpak 'Over de brug', dat gericht was op verbetering van de zorg voor patiënten die al een ernstige psychische aandoening hebben.

De paradox dringt zich op dat veel ggz-patiënten in een vroeger stadium gecoördineerde zorg op meerdere levensgebieden moeten krijgen om vergaande afhankelijkheid van integrale zorg in een later stadium te voorkomen. De ideeën uit deze veldraadpleging dienen met alle betrokkenen tot een plan van aanpak te worden uitgewerkt. Zo'n plan kan inspireren tot een praktijk waarin de langdurige nadelen die een psychische aandoening nu vaak heeft voor patiënten, tot een minimum beperkt blijven.

- Menezes NM, Arenovich T, Zipursky RB. A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychol Med* 2006; 36: 1349-62.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz. Generieke module ernstige psychische aandoeningen. Utrecht; 2017.
- Nieman D. Prevention in mental health care. Time for a new approach. Londen: Routledge Taylor & Francis Group; 2017.
- Ng FY, Bourke ME, Grenyer FS. Recovery from borderline personality disorder; a systematic review of the perspectives of consumers, clinicians, family and carers. *PLoS One* 2016; 11(8): e0160515.
- Priebe S, Burns T, Craig TKJ. The future of academic psychiatry may be social. *Br J Psychiatry* 2013; 201: 319-20.
- Projectgroep Plan van Aanpak ernstige psychische aandoeningen. Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos; 2014.
- Razzaque R, Stockmann T. An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare. *Br J Psychiatr Adv* 2016; 22: 348-56.
- Schuring M, Robroek SJW, Burdorf A. The benefits of paid employment among persons with common mental health problems: evidence for the selection and causation mechanism. *Scand J Work Environ Health* 2017; 43: 540-9.
- Ten Have M, de Graaf R, van Dorselaer S, Tuithof M, Kleinjan M, Penninx. Terugval en chroniciteit van depressieve stoornis in de algemene bevolking; resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 22-31.
- Van Amelsvoort TAMJ. De kloof overbruggen. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 638-9.
- Van der Stel J. Persoonlijk herstel bij psychische problemen. Den Haag: Boom/Lemma; 2012.
- Van Weeghel J, Michon H. (red.). IPS werkt! Handboek werken en leren met Individuele Plaatsing en Steun. Bussum: Coutinho; 2018.
- Van Weeghel J, van Zelst C, Boertien D, Hasson-Ohayon I. Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: a scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatr Rehabil J* 2019; 42: 169-81.
- Veling W, van der Wal M, Jansen S, van Weeghel J, Linszen D (red.). Handboek vroege psychose. Diagnostiek, behandeling, rehabilitatie en organisatie van zorg. Amsterdam: SWP; 2013, p. 238.
- Wahlbeck K, Cresswell-Smith J, Haaramo P, Parkkonen J. Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017; 52: 505-14.

SUMMARY

Prevention of stagnation of recovery processes and chronic problems in mental healthcare patients. A field consultation among Dutch experts

C.P.G. COUWENBERGH, J. VAN WEEGHEL

BACKGROUND In the action plan 'Crossing the bridge' it has been proposed to realize a third less severe mental illness (SMI). To this end, in addition to the provision of recovery oriented care to people belonging to the SMI group, patients' problems should be prevented from becoming chronic.

AIM To conduct research into which mechanisms, according to Dutch experts, contribute to stagnated recovery processes and how chronicity can be prevented.

METHOD In a field consultation, 34 experts from different subsectors of mental health care were interviewed.

RESULTS The experts identified many factors that could stagnate the recovery of mental illness. The improvement proposals differed widely, but there was consensus on some key principles for the prevention of chronicity. For example, everyone agreed that practitioners should find a balance between providing good care and maintaining patients' own resources, encouraging patients' strengths, involving their social network in treatment, and helping to prevent loss of work, study and relationships.

CONCLUSION Many mental healthcare patients must receive integral care in an early stage in order to prevent far-reaching dependence on integrated care in a later stage. This requires that we involve family members and cooperate across sectors.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)1, 18-26

KEY WORDS chronicity, prevention, recovery, severe mental illness