

Hebben de voordelen van de moderne ggz ook hun nadeel?

L. WUNDERINK



ARTIKEL



Er is de afgelopen jaren een enorme omslag gemaakt in de organisatie van de Nederlandse ggz. De grote gefuseerde ggz-instellingen zijn noodgedwongen afgeslankt, of zijn daarmee bezig. Hoewel bezuiniging op de zorgkosten de voornaamste prikkel voor de veranderingen was, terwijl het onderzoek naar kosteneffectiviteit in de ggz nog in de kinderschoenen staat, zijn veel van de gemaakte keuzes sterk ingegeven door inhoudelijke motieven. De conclusie is gerechtvaardigd dat men van de nood een deugd heeft kunnen maken. Er zijn keuzes gemaakt en de beslissingen zijn met visie genomen. Als we de huidige ggz vergelijken met die van enige decennia terug, dan zijn de organisatiegraad en doelgerichtheid van de zorg sterk verbeterd.

Toen in de jaren 60-70 van de vorige eeuw de intramurale instellingen in de vs en Engeland geleidelijk hun beddenaantallen verlaagden, was er nauwelijks gerichte ambulante zorg voor de patiënten met ernstige langdurige psychiatrische aandoeningen. Patiënten werden niet langer opgenomen in grote instellingen en moesten hun heenkomen zoeken in de samenleving, maar ambulante opvang ontbrak. Dat leidde in de vs tot ernstige kritiek en twijfels over de haalbaarheid van de-institutionalisering. Ernstige verwaarlozing en marginalisering van deze kwetsbare groep leidden tot overlast en verpaupering. De 'draaideurpatiënt' werd het prototype van de ineffectieve zorg van die periode: met een patroon van repeterende, maar ineffectieve kortdurende crisisopnames.

In Nederland ging dit alles pas spelen in de jaren 80 en ook hier voldeden de oude structuren niet meer. Toen ik in die tijd als jonge psychiater werkte op de opnameafdeling van Psychiatrisch Ziekenhuis Bloemendaal in Den Haag (thans Parnassia) heb ik het gebrek aan doelgerichtheid van de ambulante zorg voor patiënten die kliniek-in, kliniek-uit gingen en voor wie geen adequate zorg tot stand kwam, van nabij meegemaakt.

Opkomst (F)ACT

Intussen hadden Leonard Stein en Mary Ann Test in Madison (Wisconsin) een nieuw zorgmodel ontwikkeld dat specifiek op de ernstige psychiatrische patiënt met functionele beperkingen is gericht: *assertive community treatment* (ACT). Het vond veel navolging en leidde tot ACT-teams in vele geïndustrialiseerde landen in de jaren 90. Een van de eerste modelprojecten in Nederland was het Kasperspad in Dordrecht (1993).

Nu het mogelijk bleek goede en effectieve ambulante zorg te bieden aan deze moeilijk te engageren groep, kwamen geleidelijk in het gehele land ACT-teams tot stand. Later werd ACT vaak aangepast aan de Nederlandse situatie in de vorm van het functie-ACT-model (FACT). Dit maakt afschaling van de zorgintensiteit mogelijk als de patiënt daaraan voldoende heeft. Zo is er anno 2017 in Nederland een uitstekende zorg tot stand gekomen voor deze groep patiënten.

Het doelgroepdenken heeft hieraan in belangrijke mate bijgedragen. De groep mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen heeft nu de aandacht die nodig is, met een landelijk dekkend netwerk van FACT-teams, waarbij de zorg veel beter dan voorheen op de behoefte van de patiënten is afgestemd. Het is dan ook wrang dat juist nu de zorg voor deze patiëntengroep beter en effectiever is dan ooit tevoren, mensen met verward gedrag zo pregnant op de politieke agenda zijn gekomen.

Piramidestructuur met zorg naar behoefte

De laatste jaren is het inrichten van de zorg naar de behoefte van doelgroepen voortgegaan. De veelvoorkomende lichtere psychische aandoeningen worden met lichtere interventies behandeld in laagdrempelige instellingen voor eerste- en anderhalvelijnszorg. Daarbij nemen landelijke netwerken (zoals PsyQ en Indigo) en regionale (zoals het Friese Synaeda) en kleinere particuliere bureaus de zorg voor deze doelgroep op een nieuwe manier ter hand. Zij bieden goede, effectieve zorg voor een relatief grote groep mensen, met een grote mate van aanvaardbaarheid en weinig inbreuk op het dagelijks leven. Helemaal vooraan in de keten staat de praktijkondersteuner van de huisarts, die dichtbij huis snelle en laagdrempelige hulp biedt voor alle veelvoorkomende problemen en klachten met een psychisch aspect.

Zo is er in de ggz een piramidestructuur die overeenkomt met de ernst (van licht naar zwaarder) en het aantal patiënten (van veel naar minder): aan de basis de generalistische zorg van huisarts en anderhalvelijnsinstellingen, geleidelijk overgaand naar meer specialistische zorg van de specialistische ggz, tot de relatief kleine groep van mensen met ernstige en persisterende psychiatrische aandoeningen en functionele beperkingen die zeer intensieve zorg nodig hebben. Dat is een uitstekend macrobeeld van de ggz wanneer we de individuele trajecten buiten beschouwing laten.

Individuele trajecten

Die individuele trajecten werpen een ander licht op deze zorgorganisatie. De wetenschappelijke kijk op het ontstaan van psychische aandoeningen is de laatste jaren ingrijpend gewijzigd: psychiatrische aandoeningen ontstaan niet van het ene moment op het andere uit het niets, maar zeker bij ernstige psychische aandoeningen zijn er voorstadia. Zo is intussen wel min of meer vast komen te staan dat bepaalde voorstadia tot meerdere uitkomsten kunnen leiden en, omgekeerd, dat bepaalde uitkomsten het resultaat kunnen zijn van verschillende voortrajecten. De kennis over deze psychopathologische trajecten is nog beperkt. Er is vooral onderzoek gedaan bij psychosen, maar er zijn internationaal verschillende studies gaande die hierop meer licht zullen werpen. In Noord-Nederland is de On The Road-studie hierop gericht.

Dat zal naar verwachting gaan resulteren in het vroegtijdig herkennen van patronen in biologische en functionele kenmerken, die predisponeren tot ernstiger of juist minder ernstige uitkomsten. Dat gaat dan minder om een bepaalde diagnostische uitkomst, maar vooral om door psychiatrische stoornissen bepaalde functionele beperkingen. Het beïnvloeden van trajecten naar ernstige psychiatrische stoornissen door vroege interventies wordt dan mogelijk. Bij voorstadia van psychosen kan nu al, zoals Van der Gaag e.a. (2012) hebben laten zien, het daadwerkelijk ontstaan van een eerste psychose met ongeveer de helft worden teruggebracht, en dat effect houdt ten minste 4 jaar aan (Ising e.a. 2016). Het principe hierbij is: vroege interventie heeft meer effect, en men kan daarbij volstaan met minder ingrijpende interventies.

LITERATUUR

- Bebbler J van, Wigman JT, Meijer RR, Ising HK, van den Berg D, Rietdijk J, e.a. The Prodromal Questionnaire: A case for IRT-based adaptive testing of psychotic experiences? *Int J Methods Psychiatr Res* 2016; Jul 29.
- Gaag M van der, Nieman DH, Rietdijk J, Dragt S, Ising HK, Klaassen RM, e.a. Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: A randomized controlled clinical trial. *Schizophr Bull* 2012; 38: 1180-8.
- Ising HK, Kraan TC, Rietdijk J, Dragt S, Klaassen RM, Boonstra N, e.a. Four-Year follow-up of cognitive behavioral therapy in persons at ultra-high risk for developing psychosis: The dutch early detection intervention evaluation (EDIE-NL) trial. *Schizophr Bull* 2016; 42: 1243-52.
- Koutsouleris N, Davatzikos C, Bottlender R, Patschulek-Kliche K, Scheuerecker J, Decker P, e.a. Early recognition and disease prediction in the at-risk mental states for psychosis using neurocognitive pattern classification. *Schizophr Bull* 2012; 38: 1200-15.

AUTEUR

LEX WUNDERINK, psychiater, GGZ Friesland.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Lex Wunderink, GGZ Friesland, Wetenschappelijk Onderzoek en Opleidingen, Postbus 932, 8901 BS Leeuwarden.
E-mail: lex.wunderink@ggzfriesland.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

TITLE IN ENGLISH

Do the advantages of modern mental health care have drawbacks?

Echter, hoe is dat te rijmen met het eerder beschreven *steppedcaremodel*? Immers, in dat nu overal doorgevoerde model wordt pas rekening gehouden met een ongunstige afloop als de eerdere lichte interventies niet werkten, en de ernstige stoornis al tot stand gekomen is. Terwijl de kennis over de kansen die vroege interventie zou bieden ons juist wijst op de noodzaak tot een zo vroeg mogelijke differentiatie tussen wie een risico loopt op iets ergers, en wie niet.

Screening en vroege interventies

De enige mogelijkheid om hierin te voorzien is het screenen van risicoprofielen in de brede populatie die zich met psychische klachten meldt bij de (praktijkondersteuner van de) huisarts. Het onderzoek naar risicoprofielen, ook met neurobiologische markers, neemt op dit moment een grote vlucht. GGZ Friesland werkt samen met het UMCG op dit moment aan een screenende test om het risico te bepalen op psychiatrische stoornissen met impact op het functioneren, voor de (praktijkondersteuner van de) huisarts (van Bebbber e.a. 2016). Daarbij wordt gebruikgemaakt van itemresponstheorie. *Machine learning*, zoals toegepast bij risicoprofilering van hersenscans, is hierbij wellicht ook bruikbaar (Koutsouleris e.a. 2012).

Gepersonaliseerde interventies op basis van vroege herkenning van risicoprofielen zijn de toekomst van de ggz. Die gaan het mogelijk maken zeer gericht in te grijpen wanneer dat nodig is, en niet als mosterd na de maaltijd als alle uitgevoerde interventies vruchteloos zijn gebleken. En bovendien kunnen we zo overbodige of te ingrijpende interventies vermijden bij mensen die dat niet nodig hebben.