

Veelvoorkomende psychische aandoeningen, de psychiater en de ggz

L. WUNDERINK



De laatste tijd is er veel te doen over de positie van de psychiater. Ggz-instellingen worstelen met leegloop. Veel psychiaters maken de keuze zich vrij te vestigen, als zzp'er tegen een hoog tarief te gaan werken in ggz-instellingen of bieden hun diensten aan bij een van de vele nieuwe kleinschalige instellingen die zich vooral richten op de behandeling van lichtere, veelvoorkomende psychische klachten en de *'worried well'*.

Samen met de wens van verzekeraars tot meer concurrentie in het ggz-veld heeft dit een belangrijke bijdrage geleverd aan de sterk toegenomen zorgconsumptie van juist deze groepen, terwijl de zorgconsumptie van patiënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA), die praktisch alleen terecht kunnen bij de grote ggz-instellingen, min of meer stabiel is gebleven.

De rol van de psychiater in de ggz

Verder gaat deze braindrain van hooggekwalificeerde medewerkers ten koste van de professionele kracht van de ggz-instellingen, die zich als enige bezighouden met de specialistische zorg voor mensen met EPA. Dat gaat bij veel ggz-instellingen niet alleen om het op voldoende kwaliteitsniveau in de lucht houden van een acute dienst buiten kantoor tijd. (Waar vele andere aanbieders die daar wel van profiteren, nauwelijks in participeren.)

Echter, ook de dagelijkse zorg voor mensen met EPA dreigt als gevolg van deze ontwikkelingen te verwateren. In de multidisciplinaire teams die met deze patiëntengroep werken, hoort de psychiater een belangrijke rol te spelen; die dreigt op veel plaatsen weg te vallen. Uit nood krijgen verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en psychologen steeds meer taken toebedeeld waarvoor zij onvoldoende zijn toegerust. De rol van de psychiater wordt te vaak gereduceerd tot datgene wat aan zijn of haar discipline voorbehouden is: medicatie voorschrijven en het door de verzekeraar verplichte halfjaarlijkse *face-to-face* contact.

Deze door papierwerk en protocollen gedicteerde praktijk gaat ten koste van het integrale behandelproces, gefragmenteerd en opgeknipt in onderling slecht afgestemde delen. Het diagnostische proces is vaak verworden tot eendimensionale DSM-classificatie, met onvoldoende aandacht voor de persoon die de patiënt is en diens sociaal-maatschappelijke context. Ook gaat het ten koste van de kwaliteit van de medicamenteuze langetermijnstrategie en aandacht voor de wisselwerking tussen psychische en biomedische factoren.

Op wie moet de ggz zich richten?

Denys (2018) stelde onlangs dat de psychiatrie zich zou moeten richten op ernstige psychiatrische patiënten en niet op mensen met veelvoorkomende psychische aandoeningen. Hij benadrukte dat het hier gaat om een groep die bij uitstek is aangewezen op de specialistische kennis en knowhow van de psychiater, en voor wie deze onontbeerlijk is als waarborg van de kwaliteit van

zorg (Denys 2018). Die visie wordt ingegeven door een situatie waarin de psychiater zich te veel verwijdt van zijn corebusiness. Maar gooit Denys niet het kind met het badwater weg?

Van Osen Oosterhoff (2018) keerden zich tegen dit standpunt dat de psychiatrie zich exclusief met ernstige stoornissen zou moeten bezighouden: zij zien in de ggz geen patiënten die evengoed bij de buurvrouw terecht hadden gekund. Men had kunnen voorzien dat gereguleerde marktwerking er juist toe zou leiden dat de ziekste mensen buiten de boot zouden vallen.

Dat geldt volgens hen ook voor het plan van zorgverzekeraar Menzis om instellingen extra te belonen op basis van cijfers over het behandelresultaat. Dat zou leiden tot het bevorderen van goedkope successen bij lichtere aandoeningen, ten koste van patiënten met een slechtere prognose. Patiënten met EPA zijn dan het kind van de rekening. Dat veel psychische aandoeningen moeilijk te behandelen zijn, betekent niet dat we ons daarvan moeten afwenden. Volgens Van Os en Oosterhoff is de kernvraag hoe we kunnen selecteren aan welke problemen we in de gereguleerde markt wel, of juist geen passende bijdrage kunnen leveren.

Daarmee hebben zij een goed punt: waaraan besteed je de schaarse middelen, met de meeste gezondheidswinst tegen zo gering mogelijke kosten? Dat is een politieke discussie, die echter ook moet berusten op kennis over de wetenschappelijke mogelijkheden van vandaag en perspectieven van morgen.

Ontstaan van EPA en vroege herkenning

In deze discussie blijft tot heden een belangrijk aspect onderbelicht: de ontstaansdynamiek van EPA, die vaak begint met manifestaties die niet gemakkelijk te onderscheiden zijn van lichte en voorbijgaande psychische klachten. Weinig is nog bekend over welke patiënten met lichtere stoornissen in feite onderweg zijn naar een ernstiger probleem. Veel inspanningen zijn erop gericht deze patiënten te onderscheiden van degenen die een betere prognose hebben, en om effectieve interventies te ontwikkelen om deze trajecten af te wenden.

In internationaal onderzoek zoekt men naar beïnvloedbare risicofactoren om daar interventies op te richten. Op internationale congressen over psychose is dit de laatste tijd een van de belangrijkste onderwerpen. Veel hoogrisicopatiënten bevinden zich in de groep met lichtere stoornissen (Rietdijk e.a. 2013). Tijdige interveniëren bij voorstadiën van psychose draagt bij aan het voorkómen van ernstiger problemen (Ising e.a. 2016). Tijdige behandeling van deze voorstadiën kan bijdragen aan het voorkómen van nadelige trajecten die uitmonden in een EPA, die gepaard gaat met maatschappelijke uitval en secundaire kosten. Vroegsignalering en vroege interventies tijdens voorstadiën van EPA staan nu nog in de kinderschoenen, maar zullen in de toekomst steeds belangrijker worden. De omvangrijke groep mensen met lichtere psychische klachten is de bronpopulatie waarin zich het merendeel van de mensen met voorstadiën van ernstige stoornissen bevindt.

De eerste vraag is dan ook: wie in die populatie loopt een hoog risico op een EPA? Op welke stoornis heeft dat risico betrekking en zijn daarbij groepen met hoger en lager risico te onderscheiden?

Er wordt gewerkt aan instrumenten om dit risico beter in kaart te brengen (Cannon e.a. 2016). Om herkenning van deze mensen in de eerste lijn te verbeteren heeft een Fries/Gronings consortium een onlinescreener voor zelfrapportage ontwikkeld: CATJA. De alfaversie hiervan moet nu worden getest (Van Bebbber e.a. 2018).

LITERATUUR

- Bebbber J van, Meijer RR, Wigman JT, Sytema S, Wunderink L, Broeksteeg J, e.a. A smart screening device for patients with mental health problems in primary health care: development and pilot study. *JMIR Ment Health* 2018; 28: e41.
- Cannon TD, Yu C, Addington J, Bearden CE, Cadenhead KS, Cornblatt BA, e.a. An individualized risk calculator for research in prodromal psychosis. *Am J Psychiatry* 2016; 173: 980-8.
- Denys D. 'Het is niet normaal om mooi en succesvol te zijn en alles onder controle te hebben'. *NRC* 22 september 2018.
- 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.
- Os J van, Oosterhoff M. Noem psychische klacht geen gezeur. *NRC* 25 september 2018.
- Rietdijk J, Ising HK, Dragt S, Klaassen R, Nieman D, Wunderink L, e.a. Depression and social anxiety in help-seeking patients with an ultra-high risk for developing psychosis. *Psychiatry Res* 2013; 209: 309-13.

AUTEUR

LEX WUNDERINK, psychiater, afd. Wetenschappelijk onderzoek en Opleidingen, GGZ Friesland, Leeuwarden.

CORRESPONDENTIEADRES

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

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH

Common mental disorders, the psychiatrist and mental health care services

Doelgroep ggz en positie psychiater

Goede opsporingsmethoden vragen echter ook om een doeltreffende aanpak in voorstadia, juist als er nog geen sprake lijkt van een EPA. Daarom moeten de psychiatrie en de ggz niet alleen een positie innemen bij de behandeling van mensen die al een EPA hebben, maar ook bij diagnostiek en behandeling van mensen die worstelen met schijnbaar algemeen voorkomende psychische klachten. Die hebben immers een verhoogd risico op het ontstaan van een EPA. Twee zaken zijn daarom van belang:

1. De ggz moet zich niet alleen op EPA richten, maar ook op algemene mentale stoornissen, vanwege het risico op ernstiger problemen zonder adequate behandeling.
2. Psychiaters moeten in staat worden gesteld hun integrale functie in een multidisciplinair team uit te oefenen, en zich niet beperken tot een protocollair geregelde façade van goede zorg.

Daarom moeten de ggz-instellingen de psychiaters de faciliteiten en ruimte bieden die zij nodig hebben in het belang van de kwaliteit van de zorg voor mensen met EPA en mensen met hoog risico daarop.

Echter, veel psychiaters voelen zich niet langer thuis in een ggz-organisatie die zich in hun ogen weinig aantrekt van de wensen en behoeften van die professional en die hun professionele autonomie inperkt. Zij vinden dat ze een protocollair kunstje moeten uitvoeren om te voldoen aan prestatie-indicatoren die met de werkelijke kwaliteit van de zorg nauwelijks iets uit te staan hebben. Hun betrokkenheid bij de gang van zaken in hun instelling is vaak gering, getuige ook het in veel instellingen ontbreken van een medische staf, al dan niet als onderdeel van een wetenschappelijke staf. Sommigen lijken de hoop te hebben verloren dat zij invloed kunnen hebben op de uitoefening van hun beroep binnen de ggz-instelling.

Uitweg

Een uitweg uit deze situatie moeten we vinden in het opzetten van goed ingekaderde zelfsturende teams voor de behandeling van patiënten met EPA en met risico daarop. Dergelijke 'teams met een opdracht' geven hun eigen professionaliteit gestalte, scheppen hun eigen werkomgeving en maken hun eigen werkafspraken. Mijn ervaring is dat dit de betrokkenheid en het werkplezier van alle disciplines, en niet in de laatste plaats van de psychiater, sterk doet toenemen.

Daarnaast moeten we de betrokkenheid van de professionals in grote ggz-instellingen verbeteren door het instellen van een wetenschappelijke staf die werkelijk invloed heeft. Die moet met beslissingsmacht het beleid van de instelling bepalen, overal waar de inhoud van ons vak in het geding is.