

De praktijk binnen de ggz is in ontwikkeling, volgt de wetenschap?

D. Smit, J. van Os

- Achtergrond** De combinatie van hoge prevalentie en sterke samenhang met de sociaal-economische status van psychische problematiek vraagt om een publieke vorm van ggz enerzijds en sterke samenwerking tussen ggz en het sociaal domein anderzijds. Met de brede omarming van herstelgerichtheid is tevens het besef gegroeid dat mentaal welbevinden niet los gezien kan worden van bijvoorbeeld zingeving, kwaliteit van leven en participatie. Pilots in de praktijk worden gestart om deze ontwikkeling integraal concreet vorm te geven. In hoeverre past het traditionele lineaire wetenschappelijke kader van specialistische diagnose-evidence-based symptoomreductie bij deze ontwikkeling?
- Doel** Stimuleren van de dialoog over de mate waarop het huidige wetenschappelijke paradigma van reductionisme en determinisme past bij domeinoverstijgende ontwikkelingen die binnen de ggz gaande zijn.
- Methode** Vanuit een wetenschapsfilosofisch perspectief op hoofdlijnen toetsen of het huidige wetenschappelijke paradigma past bij recente ontwikkelingen en beschrijven van een ander wetenschappelijk paradigma, de complexiteitswetenschappen. Als voorbeeldcasus beschrijven we het Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM).
- Resultaten** GEM sluit goed aan bij de complexiteitswetenschap, waarbij men de ggz benadert als een complex adaptief systeem. De concepten van emergentie en feedbackloops zijn ook nuttig om de dynamiek binnen GEM te begrijpen.
- Conclusie** Complexiteitswetenschappen bieden mogelijkheden om de huidige ontwikkelingen binnen de ggz te onderzoeken en te beschrijven. Dit vergt echter een gestalt switch in denken en een open houding naar nieuwe begrippen.

In toenemende mate wordt erkend dat de geestelijke gezondheidszorg (ggz) toe is aan verandering. Afstemming tussen zorgvraag, -organisatie en -financiering zijn te complex en anomalieën worden gesignaleerd (Onderzoeksraad voor Veiligheid 2019; Algemene Rekenkamer 2020; Inspectie Volksgezondheid en Jeugd & NZA 2021). De medicalisering van psychische klachten binnen de ggz (Whitaker 2005; Dehue 2008; Verhaeghe 2013) en de 'identiteitscrisis' van de psychiatrie (Gardner & Kleinman 2019; Braslow e.a. 2020) staan volop – en meer dan voorheen – ter discussie. Het uitsluitend conceptualiseren van geestelijke gezondheid in termen van stoornissen, slecht functionerende hersenen/cognitie, *evidence-based* richtlijnen en stoornisgerichte specialistische zorgpaden verliest steun (Delespaul e.a. 2016; van Os e.a. 2019). Mentale gezondheid kan niet meer losgezien worden van kwaliteit van leven, zingeving, meedoen in de samenleving en het dagelijkse functioneren en de behoefte aan zelfregie (Berwick 2016). De hoge prevalentie van psychisch lijden vraagt bovendien om een publieke aanpak naast de individuele (van Os 2018).

Ook op internationaal niveau is deze ontwikkeling zichtbaar. De Verenigde Naties waren uitgesproken in hun oproep aan psychiaters om de moed te hebben een 'door crisis geteisterd en conceptueel verouderd systeem' te hervormen (United Nations Human Rights Council 2017).

Wij durven te stellen dat de 'gestalt switch' in de ggz in feite al heeft plaatsgevonden. In het conceptuele project Redesigning Psychiatry van de TU Delft werd, in samenwerking met diverse zorginstellingen, gewerkt aan een nieuwe visie op de ggz met vier kernelementen: verhalen die men kan delen, patronen die doorbroken moeten worden, het verminderen van sociale druk en de noodzaak om te investeren in mentale vermogens (De Boer e.a. 2016).

Scheepers (2020) benadrukt dat menselijk gedrag te complex, te dynamisch en te veranderlijk is om het binnen lineaire processen te kunnen vatten en ze pleit voor het loslaten van modeldenken. Een helder begrip van mentale ontwrichting is volgens Scheepers niet mogelijk, terwijl het denken in mentale modellen dit wel suggereert.

AUTEURS

Dineke Smit, directeur Steun- en Informatiepunt GGZ, promovendus Universiteit Utrecht.

Jim van Os, hoogleraar Psychiatrische epidemiologie en publieke ggz, UMC Utrecht.

Correspondentie

Prof. dr. Jim van Os (j.j.vanos-2@umcutrecht.nl).

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-6-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(10):692-695

Rens e.a. (2021) benadrukken de wederzijdse afhankelijkheid van alle actoren in de keten evenals de noodzaak om te komen tot een gezamenlijke aanpak. Van den Broek e.a. (2022) ontwikkelen mentale gezondheidscentra waar gepaste zorg waardegedreven is, gericht op gezondheid met de regie bij de cliënt en diens netwerk. Ook bij Altrecht worden stoornisgerichte teams omgebouwd tot gebiedsteams: 'Dichter bij huis en in intensievere samenwerking met de patiënt, familie en naasten en andere professionals zoals de huisarts of het wijkteam' (Boon 2022).

Van Os, Delespaul, Ockeloen en Milo schetsen, als oplossingsrichting voor breed geobserveerde problemen (wachlijsten, problemen bij toegang tot de ggz, onveiligheid voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) en toenemende dwangopnamen), de contouren van een ecosysteem voor de geestelijke gezondheidszorg (GEM) (Delespaul e.a. 2016; van Spronsen & van Os 2021). Kern hierbij is de gelijkwaardige samenwerking in de publieke, sociale en verzekerde zorg en de ruimte voor het ecosysteem om zelflerend en adaptief te kunnen reageren op lokale verschillen (Delespaul e.a. 2016; Van Os & Delespaul 2018; van Os e.a. 2019).

Samenvattend kunnen we stellen dat de gestalt switch praktijken binnen de ggz in beweging heeft gebracht. De volgende vraag is echter: wat gaat de wetenschap doen? Past het huidige wetenschappelijke paradigma met het reductionisme en determinisme nog bij de psychiatrie van de toekomst?

Beperkingen van het huidige paradigma

In het huidige systeem wordt het persoonlijk verhaal van de cliënt en diens lijden vertaald naar symptomen, waarna de symptomen leiden tot een specifieke diagnose van een psychiatrische stoornis. Elke psychiatrische stoornis heeft een beperkt aantal behandelmethodes waarbij de effectiviteit wetenschappelijk is aangetoond. De effectiviteit is met name vertaald naar symptoomreductie. Zo krijgt elke cliënt een diagnose en kan het succes van een behandeling deterministisch-re-

ductionistisch worden voorspeld (Cassel 1982). Dit alles heeft geleid tot zorgstraten en/of specialistische teams waar kennis rondom één stoornis werd gebundeld met als doel meer efficiëntie en meer kennisontwikkeling. Hiervoor zijn hoogopgeleide zorgprofessionals nodig waarvoor veel financiële middelen nodig zijn en bovendien zijn ze beperkt beschikbaar op de arbeidsmarkt. Wanneer wij in staat zijn om psychisch lijden te zien als een vraagstuk met meerdere perspectieven, en waarbij de zelfregie van de cliënt een prominente rol krijgt, wordt zichtbaar dat we mentale gezondheid anders moeten gaan organiseren. Mentale gezondheid hangt onder andere samen met kwaliteit van leven, zingeving en participatie in de samenleving (Boevink 2017). Dit vraagt om domeinoverstijgende samenwerking en cocreatie; de ggz kan dit niet alleen. Het gaat ook niet alleen om persoonlijk herstel van de individuele cliënt, maar ook om herstel van de samenleving waar iedereen ambitieus, sociaal en succesvol lijkt te moeten zijn. Dit vraagt eveneens om ruimte voor emergentie, het adresseren van onvoorziene ontwikkelingen en het versterken van het adaptief vermogen op lokaal niveau.

Nieuw paradigma?

De ontwikkelingen op het gebied van mentale gezondheid gaan in de richting van dynamische en zelflerende systemen, dwars door vormen van publieke, sociale en verzekerde zorg (Martin & Sturmberg 2012; van Spronsen & van Os 2021). De veranderingen gebeuren momenteel gelijktijdig en op verschillende niveaus: de overgang van het biopsychosociale model naar herstelgerichtheid (Boevink 2017) of het daaraan gerelateerde latere model van 'positieve gezondheid' (Huber e.a. 2011), van empowerment van de individuele burger met een psychische kwetsbaarheid tot aan de vervlechting van taken en verantwoordelijkheden van de ggz met het sociale domein en publieke domein (Nederlandse Vereniging voor Zelfregie en Herstel (z.d.); van Spronsen & van Os 2021) en van de focus op de stijgende kosten naar meer clementie voor de kwetsbare groepen in de samenleving.

De gestalt switch, waarbij er ruimte komt voor nieuwe inzichten, groeit en de weerstand tegen het huidige paradigma zal naar verwachting toenemen. De vraag is echter of vertegenwoordigers van de traditionele wetenschap deze gestalt switch zullen volgen. Een nieuwe visie is inspirerend, maar wanneer de financiering is gebaseerd op het oude paradigma, wat dan? Wat zijn de kansen om deze gestalt switch daadwerkelijk te consolideren? Hoe passen de individuele levensomstandigheden van de patiënt, de cocreatie tussen de verschillende vormen van formele en informele zorg en de toevoeging van ervaringskennis en ongereguleerde publieke zorg in het huidige paradigma van 'meten is weten'?

Hoe krijgen we sommigen van de huidige wetenschappers zover dat ze zich aansluiten bij een nieuw wetenschappelijk paradigma, en welk paradigma zou daarbij passen? Wat hebben wetenschappelijke centra en zorgverzekeraars nodig om op zijn minst te begrijpen dat een gestalt switch ook een paradigmaschuiving in de kennisproductie over geestelijke gezondheid nodig heeft? Of moeten we nog een generatie wachten omdat, zoals Paul A. Samuelson zei (Max Planck parafraserend): *'science progresses one funeral at a time'*?

Wij betogen dat we binnen de ggz een wetenschappelijk paradigma nodig hebben dat de huidige dynamiek binnen de ggz kan beschrijven. We hebben een wetenschappelijk paradigma nodig dat de emergentie – de meerwaarde van bijvoorbeeld cocreatie en ongereguleerde publieke zorg die vooraf niet bekend was – probeert inzichtelijk te maken. We hebben een wetenschappelijk paradigma nodig dat het adaptief vermogen van zorgaanbieders, gemeenten, burgers en kennisinstellingen voedt om mee te kunnen gaan met de ingezette ontwikkelingen. We hebben lef nodig om de beperkingen van het huidige paradigma onder ogen te durven zien. Wij hebben onze wetenschappelijke kernwaarden nodig om nieuwsgierig te zijn naar nieuwe wetenschappelijke inzichten.

Hoe zou dat nieuwe paradigma eruit kunnen zien?

De wetenschappers betrokken bij het Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM) gaan deze uitdaging aan. Zij oriënteren zich op wat de complexiteitswetenschappen te bieden hebben in een participatief en interdisciplinair *open science framework*. Complexiteitswetenschappen vormen het wetenschapsgebied gebaseerd op vijf intellectuele tradities die zich binnen de complexiteitswetenschappen deels coherent en gelijktijdig hebben ontwikkeld (Castellani & Gerrits 2021). Dit zijn dynamische systeemtheorie, systeemwetenschappen, theorie van complexe systemen, cybernetica en kunstmatige intelligentie. Vooral de concepten van 'complex adaptieve systemen', waarbij het aanpassingsvermogen van een systeem of organisatie belicht wordt, en het concept van 'emergentie' worden betrokken bij de wetenschappelijke onderbouwing van GEM. Emergentie is het resultaat van de interactie tussen verschillende elementen

in een systeem, in dit geval de cocreatie (Sturmberg e.a. 2019), maar ook de interactie tussen sociale, publieke en verzekerde zorg (van Spronsen & van Os 2021). Het gezamenlijk opbouwen van een samenwerkingsrelatie en het ontwikkelen van een gedeeld inzicht en perspectief vragen om ruimte voor 'zelforganisatie' en professionele autonomie alsmede empowerment van de cliënt.

De GEM-hypothese is dat de zorg niet verbetert door de match tussen de hulpvraag en het bestaande aanbod binnen de ggz te optimaliseren, maar door gezamenlijk een antwoord te formuleren op de vraag van de patiënt. De variabelen die een rol spelen bij deze hulpvraag zijn divers. Het antwoord op deze hulpvraag dient dan ook gevonden te worden in een veel breder scala van mogelijke interventies dan nu wordt aangeboden (diversificatie). Dit vraagt om een verbreding van zinvolle en relevante interventies. In dit proces betreft GEM expliciet ervaringsdeskundigheid en/of *peer support* evenals interventies vanuit het sociaal domein alsmede het opkomende publieke domein in de vorm van *e-communities* (van Os 2018). Wat dit gaat betekenen, is het onderzoeken waard: wordt het aanbod zo divers en groeit dit exponentieel (positieve feedbackloop) of normaliseert deze laagdrempelige aanpak en vermindert de toestroom naar gespecialiseerde ggz (negatieve feedbackloop)?

Enkele voor deze ontwikkeling relevante begrippen uit de complexiteitswetenschappen zullen we kort toelichten. Dit zijn emergentie, complexe adaptieve systemen en feedbackloops.

Emergentie

In een dynamisch systeem, zoals GEM, werken verschillende elementen op elkaar in om uiteindelijk door cocreatie een bepaalde synergie te vormen. In dit proces ontstaan 'bewegingen' die niet verklaard kunnen worden door de losse elementen. Dit wordt emergentie genoemd, beter bekend onder de uitspraak 'het geheel is meer dan de som der delen'.

Emergentie is ons niet vreemd. In de behandelkamer gebeurt er meer tussen behandelaar en cliënt dan het delen van ervaring en het uitvoeren van handelingen. Emergentie is, met andere woorden, het onvoorspelbare resultaat van de interactie tussen verschillende elementen in een systeem (Sturmberg e.a. 2019). Alhoewel emergentie niet afgedwongen kan worden, kan de waardering voor emergentie wel van betekenis zijn. Het biedt namelijk informatie over de wijze waarop een ecosysteem mentale gezondheid zich ontwikkelt en de ruimte die het systeem heeft om met deze emergentie om te gaan.

Complex adaptief systeem

Een complex adaptief systeem (CAS) bestaat uit actieve actoren zoals patiënten, zorgprofessionals, managers, bestuurders, medewerkers van een zorgverzekeraar of overheidsinstantie, etc. Zij zijn onderling met elkaar verbonden, dwars door de domeinen van publieke,

sociale en verzekerde zorg, zijn van elkaar afhankelijk en beïnvloeden elkaar waardoor het gedrag in de tijd evolueert (Ellis e.a. 2017). Een complex adaptief systeem bevat kenmerken om met deze complexiteit om te gaan, zoals adaptatie, zelforganisatie en samenwerking (Holland 1999; Sturmberg e.a. 2019; Ratnapalan & Lang 2020). Dit betekent dat wanneer men een complex adaptief systeem wetenschappelijk wil onderzoeken, dit niet kan door op lineaire wijze indicatoren te benoemen, te monitoren en te meten, maar dat je de dynamiek in dit samenspel van factoren probeert te vatten.

Wanneer we GEM als voorbeeld nemen, welke beweging zien we dan ontstaan wanneer lokale samenwerkingspartners de ruimte krijgen om zelforganiserend en zelflerend de mentale gezondheid te gaan verbeteren? Wat wordt dan uiteindelijk het equilibrium (het evenwicht) van dit lokaal ecosysteem? Met equilibrium wordt als het ware de comfortzone van het ecosysteem bedoeld. Op dit moment speelt de financiering van de geestelijke gezondheidszorg een dominante rol. De financiering wordt bepaald door behandelmethodes waarvan bewezen is dat ze effectief zijn en zo houden wetenschap en zorgverzekeraars elkaar in de tang. Is het mogelijk dat in de toekomst de mentale gezondheid en de daarmee samenhangende participatie in de samenleving van mensen met een psychische kwetsbaarheid in het centrum van het equilibrium komen te liggen?

Feedbackloops

Het in kaart brengen van feedbackloops kunnen we zien als de tegenhanger van het bepalen en meten van indicatoren. Men onderzoekt welke factoren in de dynamiek elkaar remmen (negatieve feedbackloop) of elkaar verstevigen (positieve feedbackloop). Positieve feedbackloops versterken de output van het systeem, waardoor het systeem groeit. Negatieve feedbackloops temperen de output, waardoor het systeem stabiliseert rond een equilibrium. Positieve feedbackloops zijn vaak nodig om de bestaande dynamiek te veranderen. Echter, wanneer er op een bepaald moment geen negatieve feedbackloops tegenover staan, kan de groei het systeem doen exploderen en/of uithollen.

GEM stelt de mensen en hun behoefte aan zorg en ondersteuning niet alleen in de visie centraal, maar ook in het organiseren van mentale gezondheid. Om deze beweging op gang te krijgen zijn positieve feedbackloops nodig. Nadat de dynamiek in de gewenste mate is bereikt, dient men elementen toe te voegen om met een negatieve feedbackloop het ecosysteem in evenwicht te brengen.

Samengevat: om de mentale gezondheid te bevorderen, is een adaptief systeem nodig met een zekere ruimte voor cocreatie en zelforganisatie. Op basis van ontwikkelde feedbackloops wordt een veranderproces gestimuleerd. Om feedbackloops te ontwikkelen is inzicht nodig in de wederzijdse afhankelijkheid en onderlinge verbondenheid van alle betrokken factoren.

Vanuit het paradigma van denken in complexiteit ligt de nadruk op het inzichtelijk maken van wederzijdse afhankelijkheid en onderlinge verbondenheid van alle belanghebbenden en op het ontwikkelen en monitoren van feedbackloops. De nadruk komt daarmee vooral te liggen op het verkrijgen van inzicht in de dynamiek in plaats van – zoals nu – op de resultaten.

DISCUSSIE

Het paradigma van complexiteitswetenschappen lijkt aan te sluiten bij de ontwikkelingen binnen de ggz waarbij er in toenemende mate domeinoverstijgend en in cocreatie gewerkt zal gaan worden, dwars door structuren van sociale, publieke en verzekerde zorg. Naast de praktische pilots van het Ecosysteem Mentale Gezondheid van Van Os en Delespaul, maakt ook het theoretisch-conceptuele project Redesigning Psychiatry, van de TU Delft en een consortium aan ggz-instellingen, gebruik van concepten uit de complexiteitswetenschappen. Het zijn echter de eerste en voorzichtige stappen om te denken vanuit een ander wetenschappelijk paradigma.

Het nadeel van de complexiteitswetenschappen is dat deze gepaard gaan met onderzoeksmethoden en een begrippenkader die weinig aansluiting vinden bij de begrippen van het huidige wetenschappelijk paradigma. Dit zou een flinke inspanning vragen van kenniscentra binnen de ggz.

Tot slot, zolang de financiering is gebaseerd op ‘weten is meten’ en de financiële positie van ggz-instellingen kwetsbaar is, zal er onvoldoende ruimte zijn om op wetenschappelijk niveau mee te bewegen. Ook als het gaat om de hervormingen van de ggz is cocreatie noodzakelijk.

LITERATUUR

- Algemene Rekenkamer. Geen plek voor grote problemen: Aanpak van wachttijden in de specialistische ggz. Den Haag: Algemene Rekenkamer; 2020.
- Berwick DM. Era 3 for medicine and health care. *JAMA* 2016; 315: 1329-30.
- Boer F de, Tromp N, Voerman SA, e.a. Redesigning psychiatry: Innoveren voor psychisch welzijn in de 21e eeuw. Deel 1. Redesigning psychiatry. <https://www.redesigningpsychiatry.org/tools/redesigning-psychiatry-publicatie-1> 2016.
- Boevink W. Hee! Over herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie [proefschrift]. Maastricht: MUMC; 2017.
- Boon P. Transformatie naar een netwerkorganisatie is de basis voor intensieve GGZ-zorg dichterbij huis. TwynstraGudde 2022. <https://www.twynstragudde.nl/inzichten/transformatie-naar-een-netwerkorganisatie>.
- Braslow JT, Brekke JS, Levenson J. Psychiatry's myopia-reclaiming the social, cultural, and psychological in the psychiatric gaze. *JAMA Psychiatry* 2020; doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2722.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.