

Resultaten boeken in een complexe wereld



Resultaten boeken in een complexe wereld

Een nieuw paradigma voor de psychiatrie
Een andere praktijk van de GGz

Dr. Jaap van der Stel





**hogeschool
Leiden**

Rede in verkorte ?? vorm uitgesproken
op 9 juni 2011 ter gelegenheid van ???

Resultaten boeken in een complexe wereld
Een nieuw paradigma voor de psychiatrie.
Een andere praktijk van de GGz
Dr. Jaap van der Stel

ISBN 978 90 8850 227 9
NUR 875

© 2011 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot Uitgeverij SWP (Postbus 257, 1000 AG Amsterdam) te wenden.

Inhoud

Voorwoord	7
Inleiding en probleemstelling	9
Deel I – Ontwikkelingen in de GGz; brandende kwesties	13
Stand van zaken	13
20 brandende kwesties	17
Deel II – Stagnatie overwinnen	21
Leren van de oncologie	22
Nut van stagering en vroegtijdig handelen – 15 vragen	24
Deel III – Resultaten boeken, en wel nu!	43
Vijf aandachtspunten voor de praktijk	43
Nabeschouwing: consequenties voor opleiden en onderzoek	55
Verantwoording	59
Over de auteur	61



Voorwoord

Mei 2010 is bij de Hogeschool Leiden het lectoraat Geestelijke Gezondheidszorg ingesteld. Als lector richt ik mij op de geestelijke gezondheidszorg (GGz) in de breedte en streef ik ernaar de opleidingen die voorbereiden op de GGz te integreren in een nieuwe hbo-opleiding voor de GGz. Dit gebeurt uiteraard in samenwerking met collega's binnen en buiten de hogeschool.

Hbo-opgeleide professionals spelen een sleutelrol in GGz-instellingen. Ze zijn breed inzetbaar en bekleden na verloop van tijd vaak leidinggevende posities. Het zijn, gezien de complexe taken waarvoor zij gesteld worden, de 'helden' van de GGz.

In dit lectoraat, alsook de daaraan verbonden kenniskring en de verschillende onderwijsmodulen (waaronder minoren), komen alle voor de GGz relevante thema's aan bod. Maar er zijn uiteraard ook een paar accenten.

Een eerste accent is de aandacht voor *goed hulpverlenerschap* en *behandelklimaat*. Dit thema reikt verder dan de kennisname en toepassing van het repertoire aan 'bewezen effectieve' interventies. Een fixatie op 'wat werkt' kan misleiden als er geen aandacht is voor *wie* werkt of binnen welke *context* dat gebeurt. Daar komt bij dat datgene wat nog niet bewezen is, bijvoorbeeld omdat zoiets 'vaags' als zorgzaamheid zich minder makkelijk in een experiment laat testen, daarmee niet automatisch minder van belang is voor goede, effectieve en ethisch verantwoorde zorg. Als fundament voor multidisciplinaire richtlijnen is er een 'overdosis' aan uitkomsten van testen met medicijnen. Het verklaart mede waarom de toepassing van deze geneesmiddelen nog steeds de boventoon

voert in de GGz. Over wat met andersoortige interventies of door bepaalde attitudes of gedragingen van hulpverleners nog méér kan worden bereikt, is vaak minder ‘hard’ bewijsmateriaal.

Een tweede accent is de focus op *herstel* of beter gezegd *zelfherstel* en vervolgens een focus op het *zelf*. Het is enerzijds geen nieuw thema, misschien wel zo oud als mensen zich van zichzelf en hun problemen bewust werden – duizenden jaren terug. Anderzijds beginnen we het thema, en het belang ervan, nu pas goed te begrijpen. Hersenonderzoek en de toepassing van de resultaten daarvan hebben hieraan een nieuwe impuls gegeven.

Een derde accent is het pleidooi voor *vroegtijdig* handelen. De GGz respectievelijk de psychiatrie zijn nog vooral op ‘eindstadia’ van atypische ontwikkelingen gericht. Nu er meer gegevens komen over de voorstadia daarvan is dat steeds minder vanzelfsprekend. Bovendien neemt het repertoire aan technieken voor vroegdetectie en vroegbehandeling binnen de GGz geleidelijk toe. Het is belangrijk aanstaande hulpverleners voor te bereiden op de toekomst – en die toekomst is hopelijk anders dan de huidige praktijk.

* * *

In dit boekje probeer ik het terrein te verkennen waarop dit lectoraat de komende jaren resultaten wil boeken.

Inleiding en probleemstelling

Psychische aandoeningen komen vaak voor. In deel II geef ik daarover enkele kerncijfers. Iedereen loopt een kans ten minste voor een deel van zijn of haar leven direct of indirect (familie, vrienden, collega's) met ernstige psychische problematiek geconfronteerd te worden. Door de toename van de gemiddelde leeftijd is er een toename van psychische problemen bij ouderen (depressie en dementie) voorzien. De aan psychische problematiek verbonden ziektelast in lichamelijk, psychisch en sociaal opzicht is zeer aanzienlijk.

De progressie in de GGz verloopt echter traag. Psychische stoornissen worden bovendien vaak pas behandeld in het 'eindstadium' van een atypische ontwikkeling. Meestal is de toestand al zo complex dat de kans op complete remissie (vrij van symptomen) en/of psychosociaal herstel beperkt is.

Om epidemiologische resultaten te boeken is een systemisch en op ontwikkelingstrajecten gericht perspectief noodzakelijk. Dit laatste kan door te rade te gaan bij bijvoorbeeld de oncologie, waarin het denken in ontwikkelingsfasen is gekoppeld aan vroegdetectie en vroeginterventie.

De vraag hoeveel mensen precies een psychische stoornis ontwikkelen en/of hebben is relevant als we willen vaststellen of preventieve of curatieve maatregelen soelaas bieden. Er is veel bekend over effectieve behandelingen voor uiteenlopende stoornissen. Geestelijke gezondheidszorg (GGz) doet er toe. Maar het is nagenoeg onmogelijk over een langere periode – de afgelopen 25 jaar, waarin de GGz fiks veranderde – de toepassing van bewezen effectieve behandelingen te re-

lateren aan epidemiologische verschuivingen. Rekenkundig gezien *moeten* ze er geweest zijn, maar harde bewijzen zijn er niet. Het is niet aangetoond dat *door* de verbeteringen van de verslavingszorg er minder verslaving voorkomt, of dat die van kortere duur is. Wat in experimenten overduidelijk wordt aangetoond – interventie X leidt tot effect Y – zien we op het niveau van de samenleving nauwelijks terug. Ook niet als zo'n interventie ten langen leste in de GGz-praktijk wordt geïmplementeerd. De interpretatie van cijferreeksen is extra lastig omdat de diagnostische criteria niet gelijk blijven en de onderzoeksmethoden variëren.

Let wel: we moeten voorzichtig zijn. Zeggen dat in de GGz effecten niet zichtbaar zijn, of zelfs afwezig zijn geweest, kan gemakkelijk worden aangegrepen om bezuinigingen door te voeren; daar schieten patiënten, die baat hebben bij een behandeling, niets mee op. Het kan zijn dat de effecten er op macroschaal wel zijn, maar door de veelheid aan variabelen, en de tijdsduur tussen interventie en meting, zich nauwelijks laten registreren. Verder is het voorstelbaar dat *als* er epidemiologische effecten worden gemeten bij mensen met een ernstige psychische aandoening intussen een andere stoornis manifest is geworden. Het is dus buitengewoon lastig om op het niveau van de samenleving epidemiologische resultaten van interventies te meten. Toch moet de GGz zich de opgave stellen epidemiologisch meetbare resultaten te boeken.

* * *

Ik ga allereerst in op enkele ontwikkelingen in de GGz. Hierina som ik 20 brandende kwesties op waarvoor we nog geen goed antwoord hebben. Daarna ga ik in op nut en noodzaak van stagering in de psychiatrie en schets ik de context waarbinnen er in de GGz meer resultaten kunnen worden geboekt en stagnatie kan worden doorbroken. Tot slot ga ik na wat professionals *nu al* kunnen doen om patiënten vooruit te helpen. In de nabeschouwing geef ik aan wat de relevantie is

van enkele in dit boekje betrokken stellingen voor opleiden en onderzoek.¹

- 1 Ik geef hier heel schaars literatuurverwijzingen. Een belangrijk deel van de argumentatie inclusief bronnen is te vinden in: (1) Stel, J. van der (2009). *Psychopathologie: grondslagen, determinanten, mechanismen*. Amsterdam: Boom (tweede dissertatie) en (2) Stel, J. van der (2011). *Focus op geestelijke gezondheidszorg*. Boom Lemma, 2011.

Het eerste werk gaat in op (het ontbreken van) de wetenschapsfilosofische grondslagen van de psychiatrie. Het tweede werk, dat ongeveer tegelijk met het onderhavige boekje uitkomt, gaat naar aanleiding van een aantal kernvragen in op de achtergronden en de praktijk van de GGz. Het bespreekt onder andere de mogelijkheid om te leren van de oncologie, met als doel de stagnatie van de psychiatrie te overwinnen. En het geeft ook toelichting op voor dit thema belangrijke begrippen en concepten.

Specifiek gericht op de verslavingszorg verscheen recent: Stel, J. van der (2010). *De verslavingszorg voorbij*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.



Deel I – Ontwikkelingen in de GGz; brandende kwesties

Wie de GGz van dichtbij meemaakt weet van de zorgen over de financiering, zoektochten naar antwoorden op externe ontwikkelingen en het implementeren van nieuwe methodieken of behandelrichtlijnen. Er valt af te dingen op de bekwaamheid van bestuurders om innovaties te bedenken en door te voeren. Maar grosso modo is er wel de ambitie om het werk zo goed mogelijk te doen. Hoe staat de GGz er bij?

Stand van zaken

1. Het vet is er af | De tijd dat de GGz er financieel riant bij zat is voorbij. Niet positief als je er werkt want veel ruimte voor innovatieve projecten is er niet meer. Maar er wordt in de GGz beslist efficiënter gewerkt dan vroeger. Deze trend zet door; maar rek zit er echter niet meer in. Minder geld zal de patiëntenzorg schaden; het gevaar ontstaat dat vooruitgang uitblijft.

Behandelingen konden korter dan we dachten; kort is echter geen garantie voor beter. Ingewikkelde én hardnekkige problemen hebben soms langdurende zorg nodig, en voor een langere periode is de vinger aan de pols houden het beste.

2. Gedifferentieerd aanbod | Jaren terug had je de RIAGG, het CAD, het APZ en de PAAZ – daar kwam de RIBW bij. Wat ze deden was voorspelbaar; de onderlinge samenhang was

matig tot slecht; het aanbod was nog weinig toegesneden op de maat van de individuele patiënten. Inmiddels bestaat er, naast een aantal gespecialiseerde instellingen en vrijgevestigden, een handvol GGz-conglomeraten. Deze hebben voor uiteenlopende stoornissen alle mogelijke zorgarrangementen en behandelmethoden tot hun beschikking.

3. Richtlijnen | Er wordt steeds meer gewerkt vanuit een arsenaal van (richtlijnen met) bewezen effectieve interventies. Daarmee probeert men stoornissen te voorkomen, vroegtijdig op te sporen, effectief te behandelen en de betrokkenen te helpen hun leven zo goed mogelijk (weer) op te pakken. De verdere ontwikkeling van werkzame interventies verloopt evenwel traag door gebrek aan kennis over nieuwe aangrijpingspunten.

4. Meer openheid | Jarenlang is de GGz ervaren als een gesloten bolwerk: arrogant en niet of nauwelijks bereid tot samenwerking. Dit is verbeterd. Significants is de bereidheid om openheid van zaken te geven over de resultaten van de zorg. Er wordt gewerkt met prestatie-indicatoren en naast informatie over de 'productie' worden ook routinematig gegevens verzameld over inhoudelijke werkresultaten.

Toch, als je je oor goed te luisteren legt, gaat er nog veel mis. Dat ligt niet zozeer aan de inzet van de beroepskrachten, maar aan de 'systemen' of 'structuren'. Deze lijken een eigen leven te leiden, al zijn het natuurlijk mensen die deze hebben opgericht en in stand houden.

5. Patiëntenperspectief & Herstel | Elke instelling beweert dat de patiënt centraal staat. Ondanks allerlei veranderingen valt er daarover nog veel te mopperen. Het is niet meer zo dat vooral de beroepskrachten meetellen in de GGz. Maar het blijft zo dat de instellingen de agenda bepalen. De invloed van patiënten en hun organisaties op het beleid is marginaal. Verzekeraars kunnen slechts voor een deel in hun plaats treden. Toch heeft zich een positieve ontwikkeling voorgedaan die waarschijnlijk blijvend is: de aandacht voor *zelf*herstel en

zelfmanagement, naast, of in aanvulling op, de op remissie van symptomen gerichte zorg.

De GGz en daarin werkzame beroepsgroepen proberen mensen van hun klachten af te helpen. Helaas is echte genezing van ernstige psychische stoornissen vaak niet mogelijk. Dat verklaart waarom de GGz zoveel chronische zorg verricht. Het verlichten (remissie) of (leren) omgaan met de symptomen is wel een haalbare optie. Een nieuwe ontwikkeling is dat onder druk van de patiëntenbeweging er meer aandacht is voor psychosociaal herstel op *eigen kracht*. Daarin is de patiënt van *object* van handelen overgegaan tot *subject* dat zelf doelen stelt en actief is om die te bereiken.

6. Samenhang & Samenwerking | Dat er tussen de deelsystemen van de GGz meer samenhang moest komen was het uitgangspunt van de fusiegolven achter ons. Is dat gelukt? Op een aantal terreinen is dat zeker het geval. Verschillende instellingen hebben intern een breed spectrum van op elkaar aansluitende zorgarrangementen en methodieken. Ze hebben complete 'zorgstraten' ontworpen en hebben bijna alle schakels in eigen hand. Het blijft niettemin nog steeds lastig om verslavingszorg en de algemene GGz op alle niveaus op elkaar te betrekken. De behandeling van de veelvoorkomende combinatie van verslaving met een andere psychische stoornis is nog matig geïntegreerd. Er zijn ook haperingen in de overgang van de jeugd-GGz naar de volwassenenzorg. Regionaal zijn er echter grote verschillen, zodat je niet namens of over iedereen kunt spreken.

Waar het gaat om schotten, van financieel-organisatorische, bestuurlijke of inhoudelijke aard, liggen die er zeker nog tussen de GGz en 'aanpalende' voorzieningen: de jeugdhulpverlening, allerlei vormen van maatschappelijke opvang en de somatische gezondheidszorg.

7. Diverse disciplines | Dan is er nog een heikel punt dat voorlopig vooral in de persoonlijke sfeer en in afzonderlijke teams tot een goede oplossing komt: de relatie tussen de disciplines. Op papier is het redelijk dat er naast psychiaters

klinisch psychologen zijn, of agogen naast verpleegkundigen. Er zijn ook redenen om te fronsen. Het komt geregeld voor dat bij een zelfde probleem de betrokken beroepsbeoefenaren, gezien hun discipline, van inzicht verschillen: over de doelstellingen én de weg om deze te bereiken (nog los van wat de patiënt er zelf van vindt). Op zich is dit niet problematisch – discussie kan uitkomst bieden. Maar als door deze verschillen de *logica* van de discipline bepaalt wat de definitie van het probleem is, en dus wat er moet worden gedaan, klopt er iets niet.

8. Generalisten & Specialisten | Dat elke discipline een eigen antwoord geeft en een eigen taal spreekt is overkomelijk. Mits er een grote bereidheid is de eigen tekorten in te zien en er een poging is deze in interdisciplinair verband te compenseren. Helaas, de praktijk is weerbarstig. Niet iedereen kan alles: specialisatie is noodzakelijk en zelfs kennissynthese is een specialisme geworden. Toch zijn er goede redenen om opleidingen veel meer dan nu het geval is niet alleen op elkaar af te stemmen, maar ook in elkaar op te laten gaan. Er is veel overlap – of die zou er moeten zijn – tussen de opleiding van een psychiater en die van een klinisch (of GZ-)psycholoog. Hetzelfde geldt voor die tussen GGz-verpleegkundigen, met een biomedische invalshoek, en GGz-agogen, die vaak hetzelfde doen bij dezelfde patiënten.

Uitgaande van het biopsychosociale model is er wat voor te zeggen dat er disciplines zijn die één van die niveaus ‘voor hun rekening’ nemen. Dan gaan we ervan uit dat je die drie niveaus *kunt* en *moet* scheiden. Dat je bij de benadering van het ene niveau makkelijk het andere kunt overslaan; dat je als het zo uitkomt makkelijk werk aan beroepsbeoefenaren op een andere niveau kunt doorgeven. Maar het is mogelijk efficiënter en effectiever om naast een paar specialisten veel generalisten te hebben. Net zoals je naast specialisten in ziekenhuizen kunt volstaan met een groot aantal – makkelijk bereikbare en goed toegeruste – huisartsen, met een algemene achtergrond en deskundigheid.

Het belangrijkste voordeel van generalisten is dat ze beter zijn toegerust om de enorme complexiteit, die aan de toestand van patiënten met ernstige psychische problemen vastzit, te 'omarmen'. Specialisten hebben de neiging, gezien hun expertise en de logica van hun discipline, problemen te vereenvoudigen. Ze reduceren die tot een voor de discipline relevante kern. Generalisten, zoals huisartsen en de meeste hbo-opgeleide beroepsgroepen, hebben de natuurlijke neiging de zaak complex te houden (of zelfs te maken) – én terecht.

20 brandende kwesties

Er zijn in de GGz veel problemen of thema's die om een oplossing schreeuwen. Voor een deel zal het lang duren voordat deze werkelijk kunnen worden opgelost. Er mist nog veel toepasbare wetenschappelijke kennis.

In kader 1 staat mijn selectie van 20 brandende kwesties van de GGz. Wie de discussies in en om de GGz de afgelopen jaren heeft gevolgd zal in deze vragen veel herkennen. Wie de sector nauwelijks kent, is wellicht verbaasd over het feit dat een goed antwoord op deze vragen inderdaad ontbreekt.

Kader 1. Brandende kwesties van de GGz

1. **Diagnostiek & Classificatie** | Hoe komen we tot een goed systeem voor de diagnostiek en de classificatie van psychische stoornissen? (Waarom moet het voldoen om de werkelijkheid recht te doen? Hoe wordt een aannemelijk onderscheid gemaakt tussen reële stoornissen en levensvraagstukken?)
2. **Prognostiek** | Hoe kunnen we, rekening houdend met de fase waarin een atypische ontwikkeling zich bevindt, nauwkeuriger prognoses maken van het beloop en de uitkomst van een behandeling?
3. **Perspectief patiënten** | Hoe kunnen we de invloed of zeggenschap van de direct betrokkenen (in het bijzonder patiënten) in of bij de GGz optimaliseren?

4. **Biopsychosociaal & Ontwikkelingsperspectief** | Hoe bevorderen we een biopsychosociale en op ontwikkelingsprocessen gerichte systeembenadering van mensen met (een hoog risico op) een psychische stoornis?
5. **Preventie** | Hoe zouden we op termijn ernstige psychische stoornissen kunnen voorkomen? (Wat is nodig opdat preventie een reële optie wordt?)
6. **Vroegdetectie & Vroeginterventie** | Hoe zouden we zo vroeg mogelijk een hoog risico op het ontstaan van een psychische stoornis kunnen opsporen en kunnen ingrijpen? (En hoe voorkomen we een te groot aantal 'valspositieven' en andere ongewenste gevolgen van medicalisering of overbehandeling?).
7. **Effectgrootte** | Hoe kunnen we de effectgroottes van de diverse behandelingen verhogen en de behandelduur verkorten?
8. **Duurzaamheid** | Hoe kunnen we bevorderen dat door GGz-hulp bereikte resultaten duurzaam blijven?
9. **Sociale integratie** | Hoe voorkomen we dat mensen met (een hoog risico op) een psychische stoornis in een sociaal isolement geraken (hoe voorkomen we uitsluiting) en bevorderen we – ondanks psychische beperkingen – dat mensen optimaal kunnen deelnemen aan maatschappelijke processen?
10. **Schadepreventie** | Hoe voorkomen we dat mensen met (een hoog risico op) een psychische stoornis zichzelf of anderen schade toedoen of zelf slachtoffer worden van geweld en uitbuiting?
11. **Genezing** | Hoe zouden we op termijn ernstige psychische stoornissen met een chronisch beloop toch kunnen genezen?
12. **Taboes & Stigma's** | Hoe werken we de taboes en stigma's rondom psychische stoornissen weg?
13. **Geneesmiddelen** | Hoe kunnen we de bereidheid van de industrie tot het zoeken naar nieuwe, meer werkzame, geneesmiddelen verhogen? (En hoe dringen we tegelijkertijd de greep van de marketeers van de farmacie op de professies terug?)
14. **Maatschappelijke interesse** | Hoe kunnen we de maatschappelijke belangstelling voor de geestelijke gezondheid en gezondheidszorg verhogen waardoor meer middelen vrijkomen om op termijn werkelijke resultaten te boeken?

15. **Samenhang & Samenwerking** | Hoe kunnen we inter- en transdisciplinaire samenhang en samenwerking versterken? Hoe kunnen we de interne samenhang en samenwerking in de GGz en die met aanpalende voorzieningen verbeteren?
16. **Lichaam & Geest** | Hoe bereiken we een naadloze integratie van de somatische en de geestelijke gezondheidszorg?
17. **Eigen initiatief** | Hoe bevorderen we autonomie, zelfmanagement en zelfherstel bij mensen met ernstige psychische stoornissen?
18. **Kwalificaties** | Waaraan moeten de diverse werkers in de GGz voldoen om – gezien hun specifieke functie – een werkzame, efficiënte en ethisch verantwoorde bijdrage te leveren aan de bevordering van geestelijke gezondheid? (En hoe moeten we ze opleiden?)
19. **Instellingen** | Hoe bepalen we objectief waaraan instellingen voor GGz moeten voldoen opdat ze duurzaam garant staan voor een adequaat op remissie en herstel gericht behandelklimaat. En hoe kunnen instellingen daarbij de inbreng van patiënten én medewerkers optimaliseren?
20. **Ethiek van bemoeien** | Hoe verantwoorden we in de GGz – tegen de achtergrond van het beginsel van individuele autonomie – een eventueel ongevraagde interventie wanneer sprake is van (een cumulatie van) ernstige risico's op lichamelijke, psychische of sociale schade bij de direct betrokkenen of hun sociale omgeving?

Deze vragen hebben op de achtergrond een rol gespeeld bij het schrijven van de volgende twee delen van dit boekje. Maar de antwoorden zijn gezien de beperkte ruimte fragmentarisch en de ingewikkeldheid van de materie heel voorzichtig.



Deel II – Stagnatie overwinnen

Over ernst en omvang van psychopathologie in Nederland bestaan goede overzichten.² Heel actueel zijn de uitkomsten van de longitudinale studie Nemesis-2.³ Belangrijke uitkomsten daarvan zijn:

- De prevalentie van ooit in het leven voorgekomen aandoeningen (volgens DSM IV) waren: stemmingsstoornissen 20,1 % , angststoornissen 19,6 % , middelenstoornissen 19,1 % en aandachttekort- en gedragsstoornissen 9,2 %.
- In het jaar voorafgaande aan het diagnostisch interview (jaarprevalentie) waren deze percentages respectievelijk 6,1 % , 10,1 % , 5,6 % en 2,1 %.
- Bij elkaar genomen maten de onderzoekers dat 42,7 % van de populatie ooit in het leven een As-I-stoornis heeft gehad; in het jaar voorafgaand aan het interview was dat 18,0 %.⁴
- Opmerkelijk was verder dat tussen 1996 en 2010 de jaar-

- 2 Het RIVM onderhoudt een goed gedocumenteerde website over gezondheid, ziekte en zorg, waaronder psychische stoornissen en GGz: *Nationaal Kompas Volksgezondheid* (www.nationaalkompas.nl).
- 3 Graaf, R. de et al (2010). *NEMESIS 2: De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*. Utrecht: Trimbos-instituut (PDF: www.nemesis.gfk.nl/about/). De studie duurde 10 jaar en had betrekking op 6.646 personen van 18 tot 65 jaar; eens in de drie jaar vond een meting plaats (diagnostisch interview met behulp van CIDI versie 3.0).
- 4 As-I van de DSM-IV heeft betrekking op alle klinische stoornissen minus persoonlijkheidsstoornissen (As-II) en cognitieve beperkingen.

prevalentie van stoornissen niet significant was veranderd. Ook de risicogroepen van psychische stoornissen waren goeddeels gelijk gebleven.

- In het jaar voorafgaande aan het interview had 11,4 % gebruik gemaakt van een voorziening vanwege psychische problemen: algemene gezondheidszorg (9,0 %), GGZ (6,2 %) en het informele zorgcircuit (2,8 %).

De WHO stelde in 2001 vast dat depressie wereldwijd de vierde plaats inneemt in de lijst van aandoeningen met de grootste ziektelast.⁵ De verwachting was dat depressie binnen twintig jaar op de tweede plaats zou staan.

Wanneer een werkzame therapie wordt toegepast en succesvol is afgesloten blijkt het effect daarvan na verloop van jaren nog steeds merkbaar te zijn.⁶ Voor een aanzienlijk deel blijft de prevalentie echter hoog omdat slechts een deel van de betrokkenen hulp vragen en krijgen. Dit impliceert dat het niet alleen nodig is om mensen (liefst vroegtijdig) op te sporen en te behandelen. Het is cruciaal dat het ons lukt hen te motiveren tot hulp en in zorg te houden. Waarschijnlijk is hiervoor vereist dat de stigma's en taboes die rondom psychische problematiek bestaan krachtig bestreden worden.

Leren van de oncologie

Patiënten verwachten dat de medische technologie zodanig voortschrijdt 'dat ze over 15 jaar ...' dingen kunnen die nu nog niet mogelijk zijn. Dit vertrouwen in vooruitgang is er niet waar het psychiatrie of verslavingszorg betreft.

- 5 World Health Organization (2001). *The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genève: WHO.
- 6 Interessant in dit verband is een recent verschenen longitudinale studie uit Canada: Colman, I. Et al (2011). The association between antidepressant use and depression eight years later: A national cohort study. *J Psychiatr Res*, 5 maart [Epub ahead of print].

Kanker was eeuwenlang een volstrekt onbeheersbare en belangstiggende aandoening die men het liefste niet bij naam noemde. De laatste decennia is daarin verandering gekomen. Al vroeg (vanaf einde 18^e eeuw) is het ontwikkelingskarakter van kanker en het beloop in stadia herkend. In het begin had dit geen praktische gevolgen. Dit veranderde toen stadia gerelateerd werden met de uitkomsten van (de diverse) behandelopties. Het inzicht groeide dat preventie en – zo lang dat nog niet mogelijk is – vroegdetectie en vroeginterventie cruciaal waren voor klinisch significante resultaten.⁷ Op dit moment wordt het zelfs aangedurfd de verwachting uit te spreken dat over 10 jaar kanker een chronische aandoening kan worden. (N.B.: Het is overigens belangrijk vast te stellen dat de successen van de oncologie niet bij voorbaat betekenen dat er per type kanker minder ziektegevallen bijkomen. De incidentie van gevallen van longkanker blijft bijvoorbeeld hoog zolang veel mensen blijven roken. En ook door de stijging van de levensverwachting kan de aanwas van patiënten met kanker toenemen.)

Het indelen van het beloop van de aandoeningen in stadia (stagering⁸) en het clusteren van groepen patiënten (profilering) heeft in de progressie van de oncologie een groot aandeel gehad. Oncologen zijn steeds beter in staat een op maat

- 7 Een fraai overzicht (met Amerikaanse data) van de progressie van de oncologie is samengesteld door Petrelli, N.J. et al (2009). *Clinical Cancer Advances 2009: major research advances in cancer treatment, prevention, and screening--a report from the American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol*, 27, 6052-69.
- 8 Een selectie van artikelen die staging in de oncologie verduidelijken:
 - Leverkanker: Forner, A. et al (2010). Current strategy for staging and treatment: the BCLC update and future prospects. *Semin Liver Dis*, 30, 61-74.
 - Longkanker: Jones, K.D. (2010). An update on lung cancer staging. *Adv Anat Pathol*, 17, 33-7.
 - Dikkedarmkanker: Puppa, G. et al (2010). TNM staging system of colorectal carcinoma: a critical appraisal of challenging issues. *Arch Pathol Lab Med*, 134, 837-52.

van de individuele patiënt gesneden behandeling samen te stellen (gepersonaliseerde geneeskunde). Stagering en profilering bestaat in de echter psychiatrie nog nauwelijks.

Behalve een wetenschapshistorische en medisch-historische verklaring voor het succes (in essentie: verlenging van de levensduur en herstel en/of behoud van de kwaliteit van leven) hebben ook andere factoren een rol gespeeld. Van de 'strijd' tegen kanker, en die tegen Aids, kunnen we leren dat de overheid meestal volgend is. Politiek activisme, initiatieven van patiënten én bevlogen hulpverleners en onderzoekers, zijn een voorwaarde voor succes.

Nut van stagering en vroegtijdig handelen – 15 vragen

Tegen de achtergrond van de strijd tegen kanker en de geschiedenis van de oncologie wordt hieronder de vraag gesteld en beantwoord hoe in de GGz resultaten geboekt kunnen worden. Ik splits deze vraag uit in 15 deelvragen.

1. Wat is het probleem? | De ziektelast van psychopathologie is in bio-, psycho-, én sociaal opzicht fors. De kosten van de zorg en de maatschappelijke kosten – in termen van ziekteverzuim, sociale problemen (waaronder ook criminaliteit en sociale overlast) en gemiste kansen op persoonlijke ontplooiing – zijn omvangrijk.

Wanneer we de focus richten op epidemiologische kerngegevens verloopt de progressie in de psychiatrie en verslavingszorg traag. Toch, of misschien wel daardoor, is de maatschappelijke belangstelling voor psychische gezondheid en GGz beperkt. Voor een deel hangt dit ook samen met het gegeven dat de beschikbare kennis *buiten* de sector weinig is verbreid. Veel mensen met een psychische stoornis komen te laat in zorg; een niet onaanzienlijk deel komt helemaal niet in beeld. Psychische stoornissen worden vaak pas behandeld in het 'eindstadium' van een atypische ontwikkeling met een soms lange voorgeschiedenis. Met de term *eindstadium* doel ik op een toestand waarin aan de hand van de DSM IV een di-

agnose kan worden gesteld.⁹ Vaak is dan al sprake van een al jaren bestaande, complexe en ernstige toestand van psychopathologie, met grote kans op somatische, psychische en sociale complicaties. Daardoor is de toestand al zo complex dat de kans op complete remissie en/of psychosociaal herstel beperkt is.

De professionele aandacht voor een meer preventieve benadering van ernstige psychische problematiek, gericht op het wegnemen van de bronnen van het ontstaan van problemen en/of vroegdetectie en vroeginterventie, staat nog in de kinderschoenen. Dit hangt samen met een gebrek aan voldoende kennis over de determinanten en mechanismen van atypische ontwikkelingstrajecten¹⁰ én met een gebrek aan betrouwbare en valide instrumenten voor vroegdetectie en bewezen effectieve vroeginterventie. (N.B.: hier staat tegenover dat de belangstelling van burgers voor hun psychisch welzijn waarschijnlijk groot genoeg is om nieuwe initiatieven goed te laten landen.)

2. Wat zijn indicatoren van het probleem? | De epidemiologische kerncijfers over psychische aandoeningen vertonen, zoals gezegd, geen progressie. Door toename van de gemiddelde levensduur neemt de prevalentie zelfs toe. Een verge-

9 Het grootste nadeel van de DSM is dat het slechts 'eindstadia' beschrijft van atypische psychische ontwikkelingen. Het is beter slechts te spreken van 'overstapstations' (transfer stations) - daarmee is elke diagnose een afsluiting van de vorige en een voorbereiding op de volgende. Het idee van *transfer stations* heb ik ontleend aan: Cosci, F. & Fava, G.A. (2011). New clinical strategies of assessment of comorbidity associated with substance use disorders. *Clin Psychol Rev*, 31, 418-27.

10 Het is voor het evenwicht belangrijk vast te stellen dat er naast gebrek aan kennis ook een enorme reeks publicaties staat, waarmee we kunnen aantonen dat er in de basiswetenschappen ook hard wordt gewerkt aan progressie. Een schitterend voorbeeld is wat dat betreft het themanummer over 'developmental neuroscience' van het *Journal of child psychology and psychiatry* van april 2011 (52, 333-516).

lijkbaar succesverhaal als bestaat in de oncologie, ook al is dit uitgesmeerd over enkele decennia, is er niet. Radicaal nieuwe en werkzame biomedische behandelmethoden, die een brede toepassing hebben gevonden en minder bijwerkingen hebben, zijn er in de psychiatrie in de afgelopen twee decennia weinig bijgekomen. De farmaceutische industrie lijkt zich zelfs terug te trekken uit de neuropsychiatrie. Er zijn geen reële verwachtingen dat binnen afzienbare termijn 'doorbraken' kunnen worden verwacht (al vallen deze nooit uit te sluiten). (N.B.: de meeste resultaten zijn de laatste decennia geboekt met nieuwe psychosociale interventies.)

Een andere indicator is de maatschappelijke belangstelling voor geestelijke gezondheid en GGz. Deze is in de afgelopen decennia eerder af- dan toegenomen. Dit kan erop wijzen dat de verwachtingen ten aanzien van verbeteringen op dit terrein beperkt zijn.

Tot slot: een aanzienlijk deel van de capaciteit van de GGz is gericht op mensen met ernstige, vaak chronische aandoeningen (of aandoeningen die neigen naar chroniciteit, zoals verslaving). De middelen voor preventie, vroegdetectie en vroeginterventie zijn naar verhouding tot de overige GGz-zorg zeer beperkt. Wat vroegdetectie betreft zijn we bovendien nog goeddeels gebonden aan gedragskenmerken; detectie op grond van biomarkers of (epi)genetische kenmerken geeft nu nog weinig houvast.

3. Voor wie is het een probleem? | Deze toestand van stagnatie en gebrek aan uitzicht op reële verbeteringen in de nabije toekomst is nadelig voor de direct betrokkenen: mensen met (ernstige) psychische problemen en hun naasten (gezinsleden, partners en vrienden, collega's en buurtgenoten). Het is ook een probleem voor medewerkers en bestuurders in de GGz en aanpalende instellingen. Het probleem wordt verder gedragen door: wetenschappelijk onderzoekers, landelijke organisaties voor gezondheidszorg(onderzoek), maatschappelijke organisaties, werkgevers en onderwijsinstellingen.

4. Hoe schadelijk is het probleem als er niets verandert? |

Het psychisch lijden en het stigma van het hebben van een psychische aandoening blijft bestaan. Dit is schadelijk voor de direct betrokkenen. Het uitblijven van vooruitgang is daarmee onverdraaglijk voor de directe betrokkenen. Uitzicht op (complete) remissie en/of psychosociaal herstel is beperkt ten opzichte van de verwachtingen omtrent de continuering van de ziektelast en het psychisch lijden. De behoefte aan mantelzorg of informele zorg is groot, maar het animo hiervoor is vaak beperkt.

De kwetsbaarheid van patiënten (en de zorglast voor hun naasten) blijft groot en neemt waarschijnlijk toe in een voortdurend individualiserende en complexer wordende samenleving. Vooral als door bezuinigingen opvangvoorzieningen onder druk komen te staan. De toestand van mensen met chronische psychische problemen kan daardoor nog meer verslechteren: toename van somatische, psychische en sociale complicaties. En mede daardoor misschien wel een verdere afname van de bereidheid tot sociale steun.

De kluwens van problemen waarin mensen met een ernstige psychische stoornis – zonder uitzicht op verbetering – verzeild raken zijn vaak onontwarbaar. ‘Kluwenzorg’ is helaas dure zorg.¹¹ (N.B.: De kosten van werkzame vroegdetectie en vroeginterventie liggen waarschijnlijk fors lager in vergelijking tot de intensieve zorg, die vaak nodig is in latere stadia wanneer niet in een vroeg stadium is gehandeld.)

Schadelijk kan het ook zijn dat het animo om in deze sector te werken, vanwege een malaisestemming in en rond de sector, onder druk komt te staan. Dit risico neemt toe wanneer de arbeidsmarkt beter betaalde en minder stressvolle alternatieven biedt. De sector van de GGz wordt mogelijk extra kwetsbaar voor bezuiniging zodra het boeken van reële vooruitgang als een beoordelingscriterium wordt aangemerkt. Het animo om in de GGz te investeren kan met andere woorden afnemen als reële resultaten en progressie daarin uitblijven.

11 De term kluwenzorg heb ik bedacht als alternatief voor ketenzorg waarin de ‘lineaire’ benadering veelal dominant is.

5. Waar hangt het probleem mee samen? | Zoals bij de probleemstelling al is aangegeven is het ontwikkelingsperspectief, en het denken in stadia van een atypisch ontwikkelings-traject (stagering), slechts beperkt aanwezig in het denken en handelen van de GGz. Dit heeft een historische achtergrond. De DSM (classificatiesysteem van psychische stoornissen) rubriceert hoofdzakelijk stoornissen in hun 'eindstadium'. Voor beginstadia (en zeker voor de fasen die voorafgaan aan manifeste symptomen) ontbreken daarin de categorieën (wat niet inhoudt dat daarover volstrekt geen kennis beschikbaar is). Een extra complicatie is dat de GGz vooral op volwassenen is gericht (een aantal psychische stoornissen wordt pas rondom de adolescentiefase manifest).

Het ontwikkelingsperspectief ontbreekt ook goeddeels in de behandelrichtlijnen. En het neemt in de volwassenenzorg een beperkte plaats in bij de diagnostiek, de indicatiestelling en het stellen van prognoses. Voorzieningen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenenzorg zijn niet goed op elkaar afgestemd wat de transfer van kennis niet bevordert. (N.B.: in de jeugdsector is van oorsprong meer oog voor *ontwikkelings*psychopathologie. Deze kennis is in de volwassenenzorg beperkt aanwezig.) Er worden weliswaar enkele zeer belangwekkende longitudinale geboortecohortstudies verricht, maar het gros van de beschikbare onderzoeksgegevens heeft betrekking op onderzoek bij patiënten in een 'eindstadium'.

6. Wat houdt het probleem in stand? | Psychische problematiek en het zoeken naar reële oplossingen daarvoor heeft nooit voor langere tijd heel sterk in de publieke belangstelling gestaan. (N.B.: ook kanker en de oncologische zorg hebben heel lang in het 'verdomhoekje' gestaan.) Dit heeft de beschikbaarheid van middelen voor wetenschappelijk onderzoek bevestigd in de weg gestaan. Overigens, wanneer de theoretische uitgangspunten waarbinnen onderzoek wordt gedaan discutabel zijn, is 'meer geld' niet bij voorbaat de juiste oplossing of de eerste stap. Lange tijd was het de complexiteit van de hersenen, en de aard en achtergronden van psychische stoornissen, die vooruitgang hinderden. Op dit vlak doen zich echter

ontwikkelingen voor waardoor déze complexiteit niet meer als een absoluut argument kan gelden.

Psychische problemen kunnen slechts in het kader van een *systeembenadering*, met oog voor biologische, psychologische én sociaal-culturele aspecten, goed begrepen worden. Gebrek aan systeemdenken kan eveneens als een te overwinnen obstakel voor vooruitgang worden aangemerkt. Dat geldt ook voor het gegeven dat het denken in ontwikkelingstrajecten en -fasen zich vaak nog beperkt tot kinderen en jeugdigen.

Er ontbreekt wel een gezamenlijk probleembewustzijn dat, om resultaten te boeken, de innovatie van de *bestaande*, reguliere zorg voor mensen met een reeds ontwikkelde psychische stoornis niet voldoende is. Er bestaan bovendien, zoals gezegd, geen formele, gestandaardiseerde en geijkte begrippen en categorieën om data te produceren over beginstadia of voorlopers daarvan, om uiteindelijk terecht te komen bij de ontstaansfase van de psychische problemen (vgl. de stageringssystemen zoals die in de oncologie al decennia bestaan¹²). Daardoor is het moeilijk uit de toestand van stagnatie te geraken.

De theoretische en materiële middelen ontbreken om vooralsnog in deze situatie een verandering aan te brengen door

- 12 Er zijn wel initiatieven gaande om ook in de psychiatrie stageringssystemen te ontwikkelen. Deze worden echter nog lang niet breed gedragen. Literatuursuggesties:

Berk, M. et al (2011). Does stage of illness impact treatment response in bipolar disorder? Empirical treatment data and their implication for the staging model and early intervention. *Bipolar Disord*, 13, 87-98.

Keshavan, M.S. et al (2011). Schizophrenia, "Just the Facts" 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: From the elephant to the mouse. *Schizophr Res*, 127, 3-13.

McGorry, P.D. (2010). Risk syndromes, clinical staging and DSM V: new diagnostic infrastructure for early intervention in psychiatry. *Schizophr Res*, 120, 49-53.

McGorry, P.D. et al (2010). Clinical staging: a heuristic and practical strategy for new research and better health and social outcomes for psychotic and related mood disorders. *Can J Psychiatry*, 55, 486-97.

versneld op een inter- en transdisciplinaire wijze de op de diverse niveaus beschikbare kennis te integreren of te synthetiseren, en op grond daarvan een vernieuwend onderzoeksprogramma te schrijven.

7. Wie schiet waarin tekort? | Patiëntenorganisaties of organisaties van familieleden tonen zich nog opmerkelijk geduldig en lijken in de algemene toestand te berusten. (N.B.: het ongeduld dat bijvoorbeeld de Aids-patiëntengroepen in het verleden hebben laten zien, blijft rondom de psychiatrie goeddeels uit.) Hulpverleners lijken zich vooral op 'praktische' en 'haalbare' doelen te richten. En instellingen in de GGz houden mensen met 'lichte' problemen vaak buiten de deur. Ze zijn niet geneigd mensen *juist* in een vroeg stadium te 'verleiden' tot een hulpvraag. (N.B.: op zich is er veel voor te zeggen dat lichte problemen elders, zoals eerstelijnsvoorzieningen, worden gesignaleerd en behandeld. In dat geval gaat het erom dat de GGz kennis en kunde actief moet verspreiden over andere sectoren en beroepsgroepen. Mensen moeten echter niet tussen wal en schip vallen. En wachtlijsten kunnen, zeker als het jonge mensen betreft, averechte gevolgen hebben.)

Onderzoekers hebben zich vooral beziggehouden met klinisch-epidemiologische studies bij actuele, reeds met een stoornis gediagnosticeerde, patiënten. Zij hebben zich in het verleden helaas te weinig hard gemaakt voor longitudinale onderzoeken (ofschoon ook de financiering ervan inderdaad heel lastig is). Verder is een sterke aandacht voor het verzamelen van grote hoeveelheden data (bijvoorbeeld over patiënten) ten koste gegaan van het theoretisch goed bedenken van samenhangende stelsels van hypothesen (bijvoorbeeld conceptuele modellen over het ontstaan en beloop van bepaalde psychische stoornissen).

De academische beroepsgroepen – in het bijzonder de psychiaters en psychologen – hebben er weinig toe bijgedragen om, bijvoorbeeld in analogie van hoe dit probleem is aangevat in de oncologie, het ontwikkelingsgerichte denken expliciet te vertalen naar op stadia gerichte diagnostische systemen. De

discussie over de herziening van de DSM (van IV naar 5¹³) beperkt zich vooral tot een andere indeling (of benaming en typering) van de diverse syndromen of stoornissen, en is in zoverre vooral van ‘technische’ aard. De renovatie van de DSM is bovendien, door een constellatie van allerlei belangen, een zeer taai proces. (N.B.: DSM-5 kan nu al als een ‘mislukte’ exercitie worden aangemerkt. Bij insiders is de hoop al weer gericht op DSM-6.)

De organisaties van en rondom de psychiatrie of GGz zijn er tot nu toe niet in geslaagd – ondanks welgemeende pogingen daartoe¹⁴ – om de toestand van de sector en de beperkte belangstelling voor de psychische gezondheid en psychiatrische problematiek extra in de aandacht te brengen. Dit probleem doet zich ook internationaal voor (ondanks de inspanningen van de WHO).

8. Welke ideeën zijn er om het probleem op te lossen? |

Het is van groot belang dat aan de (preventieve) zorg voor de menselijke geest ten minste een vergelijkbaar belang wordt gehecht als dat bij andere lichamelijke functies of onderdelen het geval is. (N.B.: de periodieke tandartszorg, waarin mensen eens in het [half] jaar worden opgeroepen voor controle steekt positief af tegen de manier waarop we met onze geestelijke gezondheid omgaan.)

Om epidemiologische resultaten te boeken is verder, zoals hiervoor al is betoogd, een systemisch en op ontwikkelings-trajecten gericht perspectief noodzakelijk. *Systemisch denken* voorkomt reductie tot één aspect of een focus op slechts één niveau van een complex systeem, waarin diverse niveaus moeten worden onderscheiden. Deze denkwijze oriënteert

13 Misschien uit angst dat de Romeinse V ten onrechte als het triomfantelijke V van *victory* zou worden opgevat is de nummering van de DSM vanaf versie IV in Arabische cijfers.

14 Begin 2011 brachten ZonMw, Trimbos-instituut en GGZ Nederland een manifest uit waarin vier ‘GGz-ambassadeurs’ opriepen veel meer aandacht te besteden aan geestelijke gezondheid (google ‘ZonMw - GGz manifest’).

op alle onderdelen van een systeem, de relaties daartussen, alsook relaties met items in de omgeving. Een systeembenadering is er uiteindelijk op gericht meer kennis te vergaren over de mechanismen (hoe werkt het systeem; waardoor is daarin een hapering opgetreden; welke aangrijpingspunten zijn er om de toestand positief te beïnvloeden?).

Voor wat betreft het *ontwikkelingsperspectief* en het praktisch nut daarvan kan te rade worden gegaan bij de oncologie. Daarin is het denken in ontwikkelingsstadia of -fasen gekoppeld aan vroegdetectie en vroeginterventie. Een eerste vereiste voor een begin van vernieuwing in de GGz is daarmee het radicaal doordenken van nut en noodzaak van een focus op ontwikkelingsprocessen en het herzien van de instrumenten – in het bijzonder de diagnostische systemen – die de GGz ter beschikking staan. Met behulp van stageringssystemen kunnen de beschikbare data over de kenmerken van groepen patiënten (profilering) *fasespecifiek* in kaart gebracht worden. Deze kunnen vervolgens gekoppeld worden aan data over behandelopties, (in het verleden gestelde) indicaties en prognoses. Daarna kan worden geëvalueerd of, en in welke mate, vroegdetectie en vroeginterventie daadwerkelijk een verschil maken en in epidemiologische kerncijfers meetbare winst opleveren. (N.B.: denkmodellen waarbij nu al fasegericht kan worden gewerkt zijn *stepped care* en *disease-management*.¹⁵⁾

Van de oncologie kan ook worden geleerd hoe het programmeren van de *kenniscyclus* en het welbewust organiseren van *translationeel* onderzoek in zijn werk gaat en resultaat oplevert. (N.B.: in translationeel onderzoek worden de scheidslijnen tussen de klinische praktijk en wetenschappelijk onder-

15 In *stepped care* wordt de zorg georganiseerd volgens het principe dat patiënten een behandeling ontvangen die niet zwaarder is dan strikt noodzakelijk. *Disease management* is een zorgconcept dat vooral in de chronische zorg wordt toegepast. Hierin wordt de aanpak bij voorkeur georganiseerd in een aaneengesloten keten van vroegtijdige onderkenning, preventie, zelfmanagement en zorg.

zoek, alsook tussen fundamenteel en toegepast onderzoek, zoveel als mogelijk opgeheven.¹⁶⁾

Tot slot kan van de oncologie worden geleerd dat stagerings-systemen *stoornisspecifiek* moeten zijn. Er is niets op tegen om een algemeen kader te scheppen voor zo'n systeem, maar een voor alle aandoeningen verplichtend format kan de werkelijkheid geweld aandoen. In zoverre is het niet verstandig het TNM-stageringssysteem¹⁷ uit de oncologie als uitgangspunt te nemen. Stageringssystemen voor psychische stoornissen zullen verder veel aandacht moeten geven aan biologische, psychologische, sociale én culturele aspecten. Dit verhoogt de complexiteit van zulke stageringssystemen. Maar het is wel een vereiste als we daarmee op termijn betrouwbare en valide voorspellingen willen doen.

In aansluiting op projecten die nu reeds in de GGz gaande zijn rondom vroegdetectie en vroeginterventie kunnen nieuwe experimenten worden gestart. Wat betreft vroegdetectie is het van groot belang meer kennis te vergaren over de determinanten van een atypische ontwikkeling (beschermende- en risicofactoren). Verder is het nodig zo exact mogelijk te bepalen in hoeverre vroegdetectie nuttig is (en dus hoe dit nut wordt gemeten) én in hoeverre detectietechnieken leiden tot een aanvaardbare verhouding tussen het aantal vals-positieve en vals-negatieve gevallen. Zie verder kader 2.

16 Zie over translationeel onderzoek: Robertson, D. & Williams, G.H. (red.) (2009). *Clinical and translational science: principles of human research*. Amsterdam: Academic Press, Elsevier.

Zie verder over kennistranslatie: Lane, J.P. & Flagg, J.L. (2010). Translating three states of knowledge: discovery, invention, and innovation. *Implement Sci*, 5, 9. Davis, D. et al (2003). The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. *BMJ*, 327, 33-5.

17 In het in de oncologie toegepaste TNM-classificatiesysteem geldt: T = grootte primaire tumor, N = uitbreiding naar regionale lymfeklieren, M = metastasen: verspreiding naar andere organen; hiernaast zijn er aanvullende criteria. Goede factsheets zijn te vinden op: www.cancer.gov.

Kader 2. Dilemma's bij vroegdetectie

Als de te boeken winst indrukwekkend is, leidt onderzoek naar vroegdetectie mogelijk tot bevolkingsonderzoek. We moeten ons realiseren dat de wettelijke eisen daarvoor (terecht) zeer streng zijn.

Een zorg bij vroegdetectie is telkens dat mensen in een medisch circuit terecht komen, maar daar niet mee opschieten omdat er geen goede behandeling beschikbaar is. Behalve dat de detectiemethoden moeten voldoen aan alle methodologische voorwaarden, is het daarom vereist dat er voor de gedetecteerde aandoeningen daadwerkelijk een werkzame behandeling bestaat.

Het gevaar voor *overdiagnosticering* en *overbehandeling* is niettemin groot wanneer de wetenschappelijke twijfel over de DSM blijft voortbestaan. Zolang het uiteindelijk een kwestie van compromissen sluiten is of een psychische aandoening wel of niet kan worden aangemerkt als een psychische stoornis (of wordt ondergebracht in een andere categorie of anders wordt gedefinieerd) is de geloofwaardigheid van de psychiatrie in het geding. Dit telt des te meer wanneer het aantal verschillende typen stoornissen blijft uitdijen, of de overgangen tussen normaal en pathologisch zo diffuus worden dat het aantal mensen met (ooit in hun leven) een psychische stoornis fors toeneemt. Het heeft (wetenschappelijk en maatschappelijk) veel voordelen om geen discrete grenzen te veronderstellen tussen wel of niet normaal psychisch functioneren. Maar voor de geloofwaardigheid van de psychiatrie vormt dit wel een risico. En dit risico tast ook de legitimiteit aan van vroegdetectie van beginnende stadia van een atypische psychische ontwikkelingen, die kunnen leiden tot ernstige psychische stoornissen.

Het is daarom van het hoogste belang dat de psychiatrie, en de aanpalende disciplines, ten minste exact gedefinieerde *concepten* ontwikkelen over wat zij verstaan onder normaal en gestoord (ook al kenmerkt het onderwerp zelf zich door dynamiek, vloeiende overgangen en onvoorspelbaarheid).

9. Wat zijn de voorwaarden om deze ideeën te realiseren? |

Om voornoemde ideeën te realiseren is een verhoogd probleembewustzijn nodig, een gevoel van urgentie én duidelijke 'streefdoelen': wat willen we over 10 en over 25 jaar bereikt hebben en wat is daarvoor nodig?

In de *eerste* plaats is een meer 'activistische' houding noodzakelijk van de zijde van onderzoekers, hulpverleners, patiënten en instellingen. Er is veel geld nodig voor onderzoek dat is gekoppeld aan een duidelijke focus op het boeken van (uiteindelijk epidemiologisch meetbare) resultaten. Urgentie ontstaat niet alleen door rapporten en commissies maar vereist maatschappelijke dynamiek – lokaal, nationaal en internationaal. Daarbij zal men de toepassing van de 'wetten' van de reclame en politieke campagnes niet moeten schuwen.

In de *tweede* plaats is het belangrijk om 'coalities' te sluiten tussen sectoren in én buiten de zorg. De missie 'zo vroeg als mogelijk' gekoppeld aan de missie 'beter zorgen voor onze geest' veronderstelt dat:

- bestaande schotten worden weggenomen: tussen jeugdzorg en kinder- en jeugdpsychiatrie; tussen instellingen voor kinderen en jeugd én die voor volwassenen; tussen somatische en geestelijke gezondheidszorg;
- voorzieningen beter op elkaar aansluiten;
- de direct betrokkenen zo hecht mogelijk worden betrokken bij de beleidsontwikkeling en –uitvoering. Het gaat hier in het bijzonder om patiënten, ouders en andere familieleden, vrienden en professionele relaties in de context van de patiënt.

In de voorzieningen voor jonge mensen moet gehandeld worden met het oog op het voorkómen van een mogelijke – ongunstige – toekomst. Dit vergt *prospectief* denken en handelen. En in de voorzieningen voor volwassenen moet naast een prospectieve benadering ook een uitdrukkelijk *retrospectieve* benadering gevolgd worden: hoe en waardoor is de huidige situatie ontstaan?

In de netwerken van voorzieningen die direct of indirect betrokken zijn op de geestelijke gezondheid dient een focus te komen op een klein aantal – uiterst concreet geformuleerde en langlopende – doelen. Anders gezegd: *focus* op de oplossing van een klein aantal centrale problemen. In de GGz is thans van alles gaande en mogelijk. Dat oogt sympathiek, maar of dat effectief is kan worden betwijfeld.

In de *derde* plaats is er behoefte aan goed uitgewerkte en the-

oretisch/empirisch onderbouwde programma's voor onderzoek en praktijkvernieuwing:

- enerzijds meer fundamenteel onderzoek, zoals naar de structuur en werking van de hersenen; hier kan de eventuele praktische toepassing van de onderzoeksresultaten, laat staan de termijn waarop dat mogelijk is, nog niet worden bepaald;
- anderzijds wetenschappelijk onderzoek waarbij het aannemelijk is dat volgens *deze route* en *binnen afzienbare termijn* klinisch meetbare resultaten geboekt kunnen worden. Dit laatste betreft vooral onderzoek naar de mechanismen van atypische psychische ontwikkelingen en mechanismen met betrekking tot de werking van interventies (psychofarmaca, psychotherapie e.d.).

Een belangrijk kenmerk van zo'n op de klinische toepassing georiënteerd programma is dat er *slim* wordt geprogrammeerd. Het ontwikkelingsperspectief (en de systeembenadering) dienen daarin, gezien de hiervoor ingenomen posities, *leading* te zijn.

Verder kunnen de principes van de kenniscyclus en het translationeel onderzoek uiterst behulpzaam zijn in het op elkaar afstemmen van partijen én in het betrekken van zoveel mogelijk professionals in een gezamenlijk project. (N.B.: ook de 'handen aan het bed' kunnen deelnemen aan het proces van kennisproductie en praktijkontwikkeling.) Uiteindelijk is het cruciaal of onderzoekers meer te weten komen over de determinanten en mechanismen van atypische ontwikkelingsprocessen. En of ze – in samenwerking met praktijkwerkers – in staat zijn nieuwe aangrijpingspunten te vinden voor vroegtijdige detectie en interventie, gericht op het voorkomen van ernstige aandoeningen c.q. het voorkomen van een ernstig beloop (inclusief het verhinderen van extra somatische, psychische en sociale complicaties).

Het ligt voor de hand dat de beoogde progressie niet zonder internationale samenwerking tot stand komt. Door internationale initiatieven te nemen, en/of in te haken op elders al in gang gezette innovaties, kan het rendement van de eigen inspanningen worden verhoogd.

10. Wie kan of moet met welk initiatief komen? | Er is geen unieke probleemeigenaar of eerstverantwoordelijke voor het nemen van initiatieven; alle argumenten en goede ideeën tellen mee. Maar samenwerking en samenhang bieden het meeste perspectief.

Een 'bescheiden' houding bij het opstellen van onderzoeksprogramma's en de daarvoor benodigde middelen kan de voortgang echter ernstig vertragen. Dit geldt eens te meer als we ons realiseren dat de ontwikkeling van nieuwe behandelvormen vele jaren kan duren. Progressie in de behandelingsresultaten treedt mogelijk pas echt op als er een dieper inzicht ontstaat in de onderliggende mechanismen van (specifieke vormen van) psychopathologie. Aan de andere kant: de geschiedenis van de geneeskunde laat zien dat werkzame behandelmethoden ook zonder voorafgaande kennis omtrent mechanismen kunnen worden ontwikkeld, getest en toegepast.

Initiatieven kunnen worden genomen door iedereen die een (persoonlijk, maatschappelijk of professioneel) belang heeft bij een verbetering van de globale geestelijke gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg, zoals:

- patiënten,
- hulpverleners,
- onderzoekers,
- instellingen voor de zorg of opleidingen van hulpverleners,
- landelijke organisaties (inclusief zorgverzekeraars),
- overheid,
- internationale organisaties.

De inhoud van initiatieven heeft idealiter betrekking op het ontwikkelen en bepleiten van concrete plannen om de situatie te verbeteren.

11. Wat zijn de kansen dat initiatieven leiden tot resultaat?

| Gezien de veelheid aan problemen en obstakels die hiervoor zijn genoemd, lijkt het een onbegonnen zaak. Schijn bedriegt. Er is weliswaar nooit genoeg kennis en er liggen talloze onopgeloste vragen voor wetenschappelijk onderzoek.

Maar daar staat tegenover dat er veel kennis beschikbaar is die er op wacht om in een theoretisch verband bijeengebracht te worden, en die kan worden vertaald in een op vernieuwing gerichte praktijk.¹⁸

De GGz dreigt in een impasse te raken door een spiraal van negatieve aandacht, bezuinigingen en gebrek aan opzienbarende successen. In beginsel is het animo om te werken aan radicale vernieuwing bij hulpverlener groot. Maar het risico bestaat dat hulpverleners dreigen murw te worden geslagen door de belasting waar zij dagelijks, in toenemende mate, mee te maken hebben.

Daar staat tegenover dat wereldwijd, vooral door de resultaten van de neurowetenschappen, de kennis over psychopathologie toeneemt. Deze kennis is, zoals gezegd, inderdaad 'nooit genoeg'; wat betreft de kennis over de structuur en werking van de hersenen staan we wellicht nog aan het begin. Maar toch, op dit vlak is géén sprake van stagnatie in de kennisontwikkeling. Dat geeft hoop, al staat de praktische toepassing van al die nieuwe kennis vaak nog ver weg.

Verder biedt het perspectief dat de computertechnieken zo ver gevorderd zijn, dat wetenschappers straks ook met behulp van enorme databestanden hypothesen kunnen toetsen en vormen.¹⁹ De komende decennia kan de traditionele onderzoekspraktijk ingrijpend veranderen door nieuwe technologieën voor dataverwerking en -analyse. Deze kunnen de internationale samenwerking een nieuwe impuls geven.

18 Vooral ZonMw hamert, al vanaf de oprichting in 1998, op het belang van implementatie van bruikbare uitkomsten van gezondheidszorgonderzoek. Het Trimbos-instituut heeft daarin een belangrijke rol vervuld. Toch zijn er – voor wat de GGz betreft – grote tekortkomingen in de verspreiding en toepassing van de uitkomsten van wetenschappelijke studies in de praktijk.

19 Een mooie introductie is: Hey, T., Tansley, S. & Tolle, K. (red.) (2009). *The fourth paradigm: data-intensive scientific discovery*. Redmond, Washington: Microsoft research. Ook (gratis) online beschikbaar.

Dit veronderstelt wel een open houding om 'belangeloos' datasets te delen.

Door nieuwe onderzoekstechnieken kan verder het tempo waarin nieuwe inzichten worden gegenereerd, en kan de wijze waarop samenhangen in data worden gevisualiseerd, een revolutie in de kennisproductie voortbrengen. Dit kan van groot belang zijn voor het hersenonderzoek en dus voor de psychiatrie. Maar het betekent niet dat de gunstige voorwaarden 'vanzelf' de op verandering gerichte actie voortbrengen: particulier en maatschappelijk initiatief vergen een enorme krachtsinspanning.

12. Wat zijn de gezamenlijke doelen die partijen kunnen onderschrijven? | Het belangrijkste doel betreft de verbetering van de geestelijke gezondheid van de bevolking, vooral degenen die zich in een kwetsbare positie bevinden.

Afgeleide doelen zijn:

- het verminderen van de incidentie en prevalentie van ernstige, complexe en chronische psychopathologie;
- het bevorderen van (liefst complete) remissie en sociaal-psychologisch en maatschappelijk herstel (verhoging van de kwaliteit van leven en individuele autonomie).

Als belangrijke tussendoelen kunnen worden geformuleerd:

- het bevorderen van het op ontwikkeling en stagering (en profilering) gerichte perspectief bij het onderzoek naar het ontstaan en het beloop van psychopathologie;
- het creëren van de voorwaarden voor adequate en effectieve vroegdetectie en vroeginterventie.

13. Welke stappen, en door wie, kunnen concreet worden gezet? | In de *eerste* plaats, en dat is relatief eenvoudig, moet het filosofisch en theoretisch fundament worden gelegd voor de voornoemde voorstellen. Het is zinvol een nieuw *paradigma* te ontwikkelen waarmee de toestand van stagnatie en impasse in de GGZ kan worden doorbroken. Daarbij is het van belang geen 'vijanden' te creëren of 'verwijten' uit te spreken – ook al is kritiek nodig. Iedereen kan en moet een bijdrage leveren aan verbetering. Uitsluiten heeft geen zin en kan ave-

rechts werken. Het is verder van belang om aan te sluiten bij datgene wat wél goed verloopt, dat te versterken en proberen uit te bouwen.

In de *tweede* plaats kan beschikbare kennis worden geïntegreerd en gesynthetiseerd in een nieuw theoretisch, op ontwikkeling en stagering gericht model van psychopathologie. Dit moet zo gebeuren dat de lacunes in de kennis goed zichtbaar worden en dat de relevantie en urgentie van het wegwerken daarvan manifest worden gemaakt. Een theoretisch model veronderstelt een samenhangend stelsel van hypothesen waarvoor nu al een stevig empirisch fundament bestaat. In de *derde* plaats kunnen bestaande databestanden (zoals allerlei lopende of afgesloten longitudinale studies) niet alleen worden benut om risico- en beschermende factoren op te sporen, maar ook om patronen te herkennen waarmee een eerste generatie stageringssystemen voor specifieke psychische stoornissen kan worden ontwikkeld. Bij voorkeur leveren de in de GGz ingevoerde ROM-systemen (routine outcome measurement) op termijn data die daarvoor bruikbaar zijn. (N.B.: dit veronderstelt wel dat die systemen voor dit doel worden aangepast.) De uitkomsten van deze exercities kunnen later gebruikt worden om nieuwe generaties stageringssystemen te ontwikkelen en te testen. (N.B.: vergelijk hoe in de oncologie decennia lang is gewerkt aan een verfijning van kanker-type-specifieke stageringssystemen.)

In de *vierde* plaats kunnen nieuwe methoden voor vroegdetectie en vroeginterventie ontwikkeld en getest worden. Bij voorkeur gebeurt dit in de vorm van translationeel onderzoek waarin een nauwe relatie tussen onderzoek en praktijkinnovatie bestaat. Bij de voorgaande vier stappen moeten onderzoekers – samen met praktijkwerkers en praktijkinstellingen – het voortouw nemen.

In de *vijfde* plaats is het noodzakelijk dat belangengroepen ervoor ijveren dat de geestelijke gezondheid en de GGz veel hoger op de agenda wordt geplaatst. Hun geest (en in het bijzonder hun *zelf*) is het belangrijkste wat mensen hebben. Problemen op dit vlak tasten de menselijke waardigheid aan en veroorzaken ernstig leed. In het kielzog van deze agende-

ring zullen er ook claims moeten worden uitgesproken om de budgetten voor onderzoek en GGZ aan de behoeften aan te passen.

In de *zesde* plaats is het zinvol in kwantitatieve zin de door extra investeringen beoogde maatschappelijke- (economische) en gezondheidswinst (verbetering kwaliteit van leven / verlenging levensduur) kritisch te volgen met kosteneffectiviteitsonderzoek.

14. Welke afstemming of coördinatie is mogelijk en gewenst? | Waar het gaat om afstemming of coördinatie zijn er in Nederland enkele grote partijen (of instanties) die in een brede coalitie niet gemist kunnen worden:

- ZonMw/NWO (onderzoek);
- universiteiten en hogescholen (opleiding en onderzoek);
- RIVM (epidemiologisch onderzoek);
- GGZ Nederland (beleidsvorming en -vernieuwing in de praktijk);
- beroepsverenigingen (richtlijnen en protocollen);
- aanpalende sectoren en kenniscentra;
- Trimbos-instituut (ontwikkeling, kenniscirculatie en implementatie);
- patiënten- en familieorganisaties (belangenbehartiging);
- de overheid (financiering en wettelijke kaders).

Er is geen reden om een van de voornoemde 'partijen' ervan af te houden een verdergaand initiatief te nemen: activisme is een noodzakelijk element van vooruitgang.

15. Welke scenario's zijn reëel voor de (gewenste/ongewenste) situatie over 25 jaar? | In een *negatief* scenario kan op termijn het contrast van de GGZ of psychiatrie met overige sectoren van de geneeskunde (te) groot worden. Daardoor kan de sector kwetsbaar worden en niet meer in staat zijn zich 'uit het moeras' te trekken. Ook al zijn er nu geen dwingende redenen om te verwachten dat dit zwarte scenario werkelijkheid wordt, het is niet onmogelijk. Signalen voor dit negatieve scenario kunnen zijn:

- afnemende belangstelling om in de GGz te werken;
- minder middelen voor onderzoek en innovatie;
- slecht onderhoud van materiële voorzieningen en overbelasting van het personeel;
- geen verbetering en wellicht zelfs verslechtering van de toestand van de ingeschreven patiënten;
- afnemende bereidheid bij de bevolking om zich aan te melden bij de GGz.

In een *positief* scenario weet de GGz zich, in samenhang en samenspraak met andere partijen, te emanciperen van de huidige situatie. Dit kan, uitgaande van een welbewuste visie op de wijze waarop resultaten kunnen worden geboekt (met 'vroeg' als sleutelwoord). Het impliceert dat er weer ruimte komt voor innovatie en dat er volop aandacht is voor het voorkomen van en/of vroegtijdig handelen bij psychische problematiek. Hopelijk leidt dit tot een zodanige verbetering van de toestand van de direct betrokkenen, dat dit op termijn in epidemiologisch opzicht als een trendbreuk wordt waargenomen.

Deel III – Resultaten boeken, en wel nu!

In deel I heb ik een aantal ontwikkelingen in de GGz geschetst en ben ik geëindigd met 20 brandende kwesties. In deel II lag het accent op stagering en werd een pleidooi gevoerd om het paradigma te verleggen naar vroegdetectie en vroeginterventie – uiteraard mits de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek daarvoor voldoende steun geven. Het gaat daarbij om een ontwikkeling van decennia. Maar als er geen initiatieven worden genomen, zal de crisissituatie waarin de psychiatrie als discipline en de GGz als sector zich bevinden (weinig progressie) blijven bestaan.

Er zijn op het vlak van de organisatie van de zorg en het testen van nieuwe interventies allerlei ontwikkelingen gaande. Overzichten daarvan worden regelmatig gepubliceerd in vaktijdschriften en handboeken. Ik presenteer hier puntsgevijs enkele thema's waar we direct mee aan de slag kunnen gaan, maar die minder vaak besproken worden.

Vijf aandachtspunten voor de praktijk

1. Focus op fundamenteën | De aandacht voor de wetenschapsfilosofische fundering van de GGz respectievelijk de psychiatrie is beperkt. Om resultaten te boeken is het nodig dat we beschikken over een zo goed mogelijk met de feiten overeenkomende wetenschappelijke en filosofisch gefundeerde visie op de kenmerken, het ontstaan en het beloop van

psychische stoornissen. Op dit punt bestaat grote onzekerheid.

We weten nog steeds niet goed wat we precies bedoelen met de psyche en hoe die zich verhoudt tot de hersenen, of wat een psychische stoornis is en hoe je een grens tussen normaal en abnormaal bepaalt. In de somatische gezondheidszorg is er een duidelijk idee wanneer iemand een ziekte heeft, ook al is over die ziekte nog weinig bekend. In de GGz zijn de grenzen tussen wel of niet pathologisch zo onduidelijk gedefinieerd en soms zo omstreden dat de geloofwaardigheid van epidemiologische studies naar de prevalentie van psychische stoornissen onder druk staat. Het gebrek aan antwoorden op dit soort fundamentele kwesties hindert het onderzoek, de diagnostiek, preventie en behandeling. En uiteraard maakt het het lastig resultaten te beoordelen en het handelen te verantwoorden. Kortom: er is veel onzeker en er is weinig houvast voor consensus die op méér dan louter afspraken is gebaseerd.

Voor een deel kunnen problemen worden opgelost door een goed filosofisch uitgangspunt te kiezen: een positie die overeenkomt met de uitkomsten van modern onderzoek en die tevens aan het verdere beloop daarvan richting geeft. Filosofisch adequate standpunten zijn mogelijk over kwesties als: wat is de psyche (volgens mij een verzameling van *specifieke* hersenfuncties); wat is bewustzijn of vrije wil (m.i. geen illusie); hoe verhouden *nature* en *nurture* zich tot elkaar; wat is het belang van het systeemkarakter van de werkelijkheid en het daaraan gerelateerde ontwikkelingsperspectief?

Wetenschapsfilosofie kan helpen een heldere visie te ontwikkelen over hoe wetenschappelijk onderzoek moet plaatsvinden. Hoe rekening kan en moet worden gehouden met de verschillende niveaus die in de systemische werkelijkheid kunnen worden onderscheiden. Wat de betekenis is van het zoeken naar mechanismen voor het geven van een wetenschappelijke verklaring. En waarom reductionisme bij het onderzoek van complexe systemen vaak alleen maar teleurstellingen oplevert (vgl. de teleurstellende resultaten tot nog toe van het psychiatrisch genetisch onderzoek).

Aan de hand van het werk van de filosoof Mario Bunge heb ik in mijn tweede proefschrift²⁰ de systeembenadering bepleit waar het gaat om het zoeken naar determinanten en mechanismen van psychopathologie. Tevens heb ik beargumenteerd dat we ernstige psychische stoornissen, die vaak een langdurig beloop hebben, moeten benaderen als 'ontwikkelingsstoornissen', ook als ze later in het leven ontstaan. Dit impliceert het onderzoeken van atypische ontwikkelingstrajecten en het onderkennen van stadia in het beloop ervan. Vanwege de interdependentie van systemen houdt het ook in dat naarmate een stoornis langer duurt, de consequenties ingrijpend kunnen zijn op gebieden of functies die oorspronkelijk niet in het geding waren. Dit voorspelt een hoge mate van comorbiditeit (zowel psychisch als somatisch) en ernstige sociale gevolgen. Wat het exacte beloop en de uitkomsten ervan betreft zijn ontwikkelingsprocessen inherent onvoorspelbaar. Uit die onvoorspelbaarheid putten we echter ook hoop dat er altijd kansen zijn voor positieve veranderingen, hoe miniem deze ook zijn.

* * *

Een belangrijk principe voor vooruitgang in de GGz is daarom: denk en werk vanuit een systeembenadering en bevorder het ontwikkelingsperspectief.

Toelichting:

- In een systeembenadering is de omgeving of context altijd een onlosmakelijk aspect van het systeem (de patiënt of cliënt) – zonder context begrijpen we niet goed wat er aan de hand is.
- Systemen hebben meerdere niveaus. Voor de GGz en psychische problematiek is daarom in de benadering van mensen met psychische stoornissen relevant om altijd

20 Meer over het werk van Mario Bunge: Stel, J. van der (2009). *Psychopathologie: grondslagen, determinanten, mechanismen*. Amsterdam: Boom.

aandacht te geven aan biologische, psychische, sociale en culturele niveaus waarop problemen zich manifesteren. Reductie van problemen tot één niveau is onjuist.

- Systemen zijn complex. Waar het gaat om ernstige psychische problematiek met een chronisch beloop neemt de complexiteit van de toestand van patiënten toe. Complexiteit moet je, als die zich voordoet, 'omarmen' om de werkelijkheid tot zijn recht te laten komen (*keep it complex!*). Maar problemen zijn minder ingewikkeld als je er eerder bij bent (*voorkom kluwenzorg!*).
- Benader concrete systemen, zoals mensen, altijd als *systemen in ontwikkeling* – deze dimensie weglaten is onjuist. In ontwikkelingstrajecten kun je fasen of stadia onderscheiden.
- Biosystemen kenmerken zich door zelforganisatie. Bij mensen impliceert dit 'zelf' niet alleen de mogelijkheid tot zelfherstel, maar ook – gezien de biologische en culturele evolutie van hun brein c.q. hun psychische functies – de mogelijkheid tot zelfreflectie en vrije wil.

* * *

2. Focus op het behandelklimaat | Het systemische perspectief impliceert het belang van een adequaat behandelklimaat als context voor werkzame interventies.

Wat voor interventies ook worden gevonden, een goed behandelklimaat is een essentiële voorwaarde voor positieve resultaten. Voor psychotherapeutisch ofagogisch opgeleide werkers is het scheppen van de voorwaarden voor een behandeling de kern van hun werk; voor andere disciplines is het vaker een 'bijkomend' aandachtspunt, of is de aandacht ervoor afhankelijk van persoonlijke interesse of persoonlijke bekwaamheden. Naarmate managers verder weg staan van de directe zorg is de kans groter dat het behandelklimaat minder hun belangstelling heeft, en dat het geen terugkomend item is van overleg. Ten onrechte: instellingen zijn complexe systemen waarin processen op het ene niveau (bijvoorbeeld de spreekkamer) consequenties hebben op het andere (het

team, of een grotere organisatie-eenheid). Ook omgekeerd is dit het geval.

We kunnen op alle niveaus van de GGz (de spreekkamer, de groepsruimten, de instellingen zelf, de sector én de samenleving in zijn geheel) werken aan een adequaat behandelklimaat. Evident werkzame behandelstrategieën ontlelen hun effectiviteit mede aan de mate waarin en de wijze waarop *alle* betrokkenen in staat zijn zich goed op elkaar af te stemmen, in staat zijn effectief met elkaar te communiceren en betekenisvolle relaties met elkaar aan te gaan. Een behandelklimaat vergroot óf marginaliseert het nut van methodische interventies en bepaalt de bereidheid van patiënten om mee te werken aan behandelingen.

* * *

Een goed behandelklimaat veronderstelt, naast de aanwezigheid van geschikte materiële voorzieningen, de toepassing van kennis over de kenmerken van een goede hulpverlener en van goed hulpverlenerschap.

Het is van belang dat hier meer onderzoek naar wordt gedaan. In zekere zin is de hulpverlener of behandelaar *zelf* een essentiële interventie. Gelukkig is er naast de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek ook veel ervaringskennis beschikbaar die kan worden gesystematiseerd. En nog belangrijker: er zijn veel goede hulpverleners die we als voorbeeld kunnen nemen.

* * *

3. Focus op het zelf en hersenprocessen | Mensen zijn zoals reeds is aangegeven biopsychosociaal-culturele systemen die zich *zelf* organiseren. Ze beschikken bij verstoringen over vermogens tot herstel of compensatie.²¹

21 Relevante literatuur over zelfregulatie en de ontwikkeling van het zelf in relatie tot inzichten uit de neurowetenschap: Olson,

Psychische stoornissen hebben betrekking op stoornissen in hersenfuncties, in het bijzonder functies die betrekking hebben op hun zelf. Helaas heeft de biologische psychiatrie en de neurobiologie, in weerwil van de beloften, nog niet veel bijgedragen aan de verbetering van de toestand van patiënten. Er zijn weinig nieuwe aangrijpingspunten voor medicatie ontdekt; de farmaceutische industrie trekt zich niet voor niets terug uit de ontwikkeling van psychiatrische geneesmiddelen. Onderzoekers hebben met talloze studies hun licht geworpen op neurotransmitters, genen en met diermodellen en beeldvormende technieken gepoogd meer te weten te komen over stoornissen. Vooralsnog zijn de resultaten teleurstellend.

Het kan zo zijn dat we te ongeduldig zijn of dat de gehanteerde biologische modellen een aanpassing behoeven. Het is ook mogelijk dat we van het biologisch onderzoek iets verwachten wat een illusie is.

Neurowetenschappelijk onderzoek laat wel zien dat allerlei sociaalpsychologische interventies of psychotherapie reële veranderingen in de hersenen van patiënten teweeg brengen. Dit wijst op de relevantie van kennis over hersenen. Maar het is voorstelbaar dat op termijn met allerlei 'niet-biologische' interventies meer, betere en minder schadelijke resultaten kunnen worden geboekt dan met pillen of andere inwendige ingrepen.²²

S.L. & Sameroff, A.J. (red.) (2009). *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems*. New York: Cambridge; Feinberg, T.E. (2009): *From axons to identity. Neurological explorations of the nature of the self*. New York: WW Norton & Co; Damasio, A. (2010) *Self comes to mind: constructing the conscious brain*. New York: Pantheon Books.

- 22 Zo beschouwd is het verontrustend dat de tijd die psychiaters ter beschikking staat om met hun patiënten te praten, en psychotherapeutische interventies te plegen, onder druk staat. Recent verscheen een verontrustend artikel in de *New York Times*: 'Talk doesn't pay, so psychiatry turns instead to drug therapy' (5-3-2011). Of psychiaters daadwerkelijk, omwille van efficiency, vaker hun toevlucht nemen tot medicatie, moet nog beter worden onderzocht. Niettemin geldt ook in Nederland dat de voor patiënten beschikbare tijd afneemt.

Het is ook wel aannemelijk dat het die kant op moet gaan. Uniek bij mensen is hun vermogen zichzelf (in het bijzonder hun psyche) bewust als object op te vatten – het is de voorwaarde voor hun subjectiviteit. Mensen ontwikkelen een eigen identiteit, zelfbewustzijn, opvattingen, wensen en verlangens, en maken verhalen hoe het leven is verlopen en waar het heen gaat (zie verder kader 3). Met medicijnen kunnen op basaal niveau relevante veranderingen teweeg brengen in (verstoorde) hersenprocessen. Maar voor de behandeling van verstoringen van het zelf zijn beslist meer geavanceerde – zoals psychotherapeutische – methoden vereist.

Kader 3. Het zelf: subject en object

De geest is een verzameling van psychische functies die we identificeren als specifieke hersenfuncties. (N.B.: functies zijn het beste op te vatten als de uitkomstprocessen van systemen; datgene wat systemen doen of kunnen.) Hersenfuncties zijn zelf weer op te vatten als een verzameling van specifieke lichamelijke of somatische functies.

Mensen onderscheiden zich niet van andere dieren vanwege het feit dat ze een psyche hebben. Maar er is wel een psychische functie (of zo men wil een bundel psychische functies) die mensen waarschijnlijk toch uniek maakt: het vermogen om hun 'zelf' te kunnen objectiveren, zelfbewustzijn te kunnen ontwikkelen, gedachten te kunnen vormen over 'ik' (wat meer is dan *ik* kunnen zeggen), identiteit te kunnen vormen, verhalen te kunnen houden over hun verleden, heden en toekomst, et cetera. Taal en cultuur zijn daarbij cruciaal. We worden tenslotte niet geboren met een zelf dat zichzelf ervaart als subject en dat reflecteert op zichzelf als object. Ook in de evolutie van de mens heeft de ontwikkeling van het zelf (en het menselijk bewustzijn) een lange voorgeschiedenis.

Het is aannemelijk dat de effecten van behandelprogramma's staan of vallen bij de mate waarin het lukt om 'het zelf' (d.w.z. het 'topje' van de geest dat betrekking heeft op aan het ik gerelateerde functies) aan te spreken. Met hersenonderzoek is mogelijk aan te tonen dat duurzaam succes van interventies afhankelijk is van de mate waarin en de wijze waarop er een zo'n 'vonk' overvliegt dat juist die hersenregio's, waarvan we veronderstellen dat die met die ik-functies van doen hebben, actief

worden.²³ Door zo'n vonk zijn mensen in staat, als subject, zichzelf te objectiveren en kan de bereidheid en het vermogen ontstaan gedrag te veranderen.

Van de determinanten en mechanismen van zo'n vonk, weten we nog niet genoeg. Het is mede daarom van belang om de aandacht specifiek te richten op subgroepen patiënten die het wél goed doen, en bij hen na te gaan welk aandeel zij daarin hebben gehad.

In retrospectief onderzoek bij mensen die hersteld zijn, kunnen we proberen te achterhalen wat de omstandigheden en gebeurtenissen waren die ertoe hebben geleid dat zo'n 'eisprijs' (om het poëtischer uit te drukken) heeft plaatsgevonden.

Nu al kunnen onderzoekers steeds beter monitoren wat op het gedrag gerichte interventies in het brein bewerkstelligen, zoals het (de)activeren van hersengebieden en het bevorderen van nog goeddeels onbegrepen mechanismen van herstel en compensatie. Mogelijk gaan we daardoor straks beter begrijpen hoe het komt dat er de afgelopen 25 jaar vooral op het gebied van de psychosociale of psychotherapeutische interventies in de GGZ nieuwe resultaten zijn geboekt. Deze brengen effectief en met een mogelijk duurzaam resultaat veranderingen teweeg (bevorderen remissie en psychosociaal herstel) die ook aantoonbaar zijn in hersenscans. Ze hebben bovendien minder schadelijke bijeffecten. Er komen verder steeds meer methoden die werken met allerlei vormen van neuromodulatie, -activatie en -feedback. Het zijn voorbeelden van ingewikkelde *leerprocessen*: het lijkt dat mensen hierbij passief zijn, maar schijn bedriegt. *Zij* zijn het die veranderingen teweeg brengen, ook al gebeurt dat vaak onbewust.

23 Een voorbeeld hiervan is beschreven in: Chua, H.F. et al (2011). Self-related neural response to tailored smoking-cessation messages predicts quitting. *Nat Neurosci*, 14, 426-7. De auteurs wijzen erop dat de activering van op het zelf betrokken regio's (in het bijzonder de dorsomediale prefrontale cortex) voorspelde dat deelnemers aan een roken-ontwenningprogramma een grotere kans hadden op succes.

Misschien komen we over een aantal decennia wel in een situatie waarin pillen niet eens meer nodig zijn of als hopeloos ouderwets zijn afgeschreven, en waarin we – mits vroegtijdig wordt gehandeld – kunnen volstaan met heel geavanceerde vormen van niet-invasieve, goed geprotocolleerde neuro-psycho-sociaal-culturele interventies. Het is aannemelijk dat we dan ook veel beter weten hoe we ‘het zelf’ bij mensen zo kunnen activeren of prikkelen dat zij zelf inderdaad de motor te zijn van remissie en herstel. Het is verder voorstelbaar dat mensen kunnen leren hoe ze dat bij zichzelf of elkaar kunnen doen.

De sociale dimensie mogen we hierbij niet vergeten. Herstel veronderstelt een zekere mate van individuele autonomie, maar we weten ook dat sociale integratie een voorwaarde is voor de ontwikkeling én versterking daarvan. In het Westerse wereldbeeld staat het individu zó centraal dat we soms over het hoofd zien dat het deelnemen aan sociale verbanden een bij mensen sterk ontwikkelde, evolutionair verworven potentie is – het fundament voor een menswaardig bestaan. Zonder de sociale en culturele context erbij te betrekken begrijpen we niet zoveel van mensen, dus ook niet van patiënten.

* * *

Het is belangrijk dat we meer te weten komen over de determinanten en mechanismen van herstel bij en van patiënten maar vooral ook dóór patiënten.

We kunnen ons nog zo hard inspannen, als er geen vonk overslaat, als mensen niet voldoende bereid en/of in staat zijn zelf actief (mee) te werken aan hun herstel (in essentie: verhoging van hun lichamelijke, psychische en sociale autonomie) blijven de behandelresultaten onder de maat. Het is belangrijk dat we meer kennis vergaren over ‘het zelf’ en nagaan hoe we die kennis zo kunnen toepassen dat patiënten uiteindelijk zélf de doorslaggevende interventies verrichten.

* * *

4. Focus op de ervaringen van gebruikers | De focus op het zelf en de rol van patiënten heeft ook consequenties voor beleid en management.

Met de komst van de iPod, de iMac, de iPhone en de iPad heeft het bedrijf Apple een sterke positie betrokken in de elektronische industrie. Het is een eigenzinnig bedrijf dat ogenschijnlijk in staat is ijzeren wetten te breken. Apple is in waarde het tweede bedrijf van de VS geworden doordat het radicaal de ervaring van de gebruiker centraal stelt. Niet het kennen en kunnen van de technici is bij Apple dominant (al heb je die beslist nodig) maar hoe de gebruiker de producten ervaart. Zij beslissen of ze de producten willen gebruiken en het merk trouw blijven. Een voordeel bij Apple is dat er genoeg concurrenten zijn: er staat veel druk op de ketel.

De meeste navolgers pronken met meer knopjes of functies en hogere specificaties. Het werkt maar matig. Apple scoort al jaren hoog onder hun consumenten. (En ik beken: ook ik ben een 'apple-seksueel'.) Helaas is het met echte concurrentie in de GGz matig gesteld. Zeggen *dat* de patiënt centraal staat, maar het toch niet doen, wordt nauwelijks 'afgestraft'.

'Moderne' managers in de GGz denken steeds vaker in termen van markten, merken en bedrijfsvoering. Ze benaderen het inhoudelijke werk als 'producten' waarmee je omzet maakt. De professionals hebben steeds meer het nakijken; patiënten worden gereduceerd tot objecten. Met alle respect: het is de wereld op zijn kop. Hoe belangrijk bedrijfsvoering ook is, het is slechts een *middel* om mensen met psychische problemen zo goed mogelijk te helpen. Wanneer markt-, merk- en productgericht denken de overhand krijgt, of erger nog *houdt*, kan dat op langere termijn een bedreiging vormen voor de GGz en nog erger: hun patiënten.

* * *

In erkenningsvoorwaarden van instellingen kan als eis worden opgenomen dat aannemelijk wordt gemaakt dat de ervaringen van de patiënten als uitgangspunt worden

*genomen van het beleid, en dat de bedrijfsvoering daar-
aan ondergeschikt is gemaakt.*

* * *

5. Focus op fasen en vroegtijdigheid | Het belang van staging en in verband daarmee profilering van patiëntgroepen is in deel II uitvoerig besproken. Het is een concretisering van het ontwikkelingsperspectief.

De oncologie heeft laten zien wat het ontwikkelingsperspectief op de aandoening (en het in dat verband clusteren van patiënten in profielen) kan bijdragen aan het boeken van – in epidemiologische kerncijfers af te lezen – resultaten. Staging stimuleert het zoeken naar mogelijkheden voor vroegdetectie en vroeginterventie. Met de DSM heeft de psychiatrie de GGz helaas ‘opgezaagd’ met een systeem waarin louter ‘eindstadia’ van een atypische psychische ontwikkeling worden geclassificeerd. Er staan geen geijkte, door de wereldgemeenschap aanvaarde, categorieën in over beginstadia. Dit impliceert dat we nu geen goede, conceptuele structuur beschikbaar hebben waarmee de bestaande kennis over kenmerken van eerdere stadia kan worden geordend.

Opmerkelijk is ook dat behandelrichtlijnen voor psychische stoornissen weinig inzicht geven in fasegericht werken. Wat je kunt doen is daarin meestal netjes geordend per type interventie (bijvoorbeeld medicatie). Er is geen expliciete focus op de *fase* waarin de stoornis zich bevindt en de daaraan gerelateerde *toestandskenmerken* van (groepen) patiënten. Daardoor zijn de richtlijnen nog erg onpraktisch.

* * *

We hoeven niet te wachten op externe veranderingen. Al in de dagelijkse praktijk kunnen hulpverleners hun ervaringen met fasen en de profielen van groepen patiënten inventariseren, gezamenlijk inhoudelijke behandelmodellen maken en vroegtijdiger problemen opsporen en behandelen.

Instellingen kunnen ertoe besluiten geleidelijk de focus te verleggen van patiënten in een ‘eindstadium’ naar mensen in een eerder stadium. Ze kunnen proberen hen te verleiden eerder met hun klachten en zorgen aan de bel te trekken. Dat kan trouwens tegenwoordig ook steeds beter in de eerste lijn. Vroegtijdiger opsporen en handelen – mits dat verantwoord gebeurt en de belangrijkste medisch-ethische en sociale risico’s ervan beheerst kunnen worden – kan geld besparen. Ten minste als het lukt om dure behandelingen bij ingewikkelde problematiek (kluwenzorg in een later stadium) te vermijden. Het voorkomt ook een aantal ingewikkelde morele dilemma’s met betrekking tot wat professionals in een later stadium nog kunnen of moeten doen.

* * *

Nabeschouwing: consequenties voor opleiden en onderzoek

Ik ben begonnen met een *vogelvlucht* langs een aantal ontwikkelingen in de GGz die eindigde in een lange lijst met onbeantwoorde vragen. Daarna volgde een *duik in het diepe* waarbij het ging om de vraag hoe daadwerkelijk epidemiologisch relevante vernieuwingen in de sector tot stand kunnen komen, die patiënten hoop en professionals meer perspectief geven. Weer boven water gekomen eindigde ik met een *aardse landing* waarbij enkele punten zijn besproken over wat er nu al kan worden gedaan om betere zorg te leveren.

Op de achtergrond, soms wel en soms niet als zodanig zichtbaar gemaakt, zijn een aantal ‘filosofische’ thema’s de revue gepasseerd. In de vorm van een paar adviezen voor opleiden en onderzoek stel ik ze hier staccato nog even aan de orde:

- Benut zoveel als mogelijk bestaande kennis, integreer of synthetiseer deze in modellen, en bedenk nieuwe hypothesen en theorieën. Zonder gedegen **theoretische voorbereiding** en goed **onderbouwde hypothesen** is veel onderzoek van weinig nut – ook al zijn toevallige uitzonderingen niet uit te sluiten.
- Benader de werkelijkheid als een **systeem**, en betrek daarbij het ontwikkelingsperspectief. Systemen zijn complex. Omarm die complexiteit eerst voordat je deze probeert te reduceren. En zoek naar de (gefaseerde) ontwikkelingstrajecten die tot een atypische toestand hebben geleid.
- Beschouw mensen als een **biopsychosociaal-cultureel** systeem. Deze gelaagdheid telt bij alle gezondheidsaan-

doeningen van mensen, en eens te meer bij psychopathologie. Breng daarom disciplines met een specialisme bijeen, of kijk of disciplines kunnen integreren. Schotten en schakels maken de zorg nodeloos ingewikkeld. En streef ook naar samenhang tussen lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg: de geest heeft betrekking op hersenprocessen die we los van lichamelijk processen niet goed kunnen begrijpen.

- Pluk de vruchten van het **hersenunderzoek**. De neurowetenschappen hebben nu al veel bijgedragen aan inzicht in de ontwikkeling en kenmerken van psychische processen. Ze hebben verhelderd dat van oorsprong ‘niet-medische’ interventies werkzame invloed hebben op hersenprocessen; met veelal minder ongewenste effecten. Ze werpen een licht op de kenmerken van menselijke communicatie, zoals tussen patiënt en hulpverlener.²⁴ En ze brengen de basale processen van het leren in kaart waardoor we straks beter kunnen opleiden.²⁵
- Neem alle evaluatiestudies naar *wat* werkt serieus, maar beklemtoon dat zonder aandacht voor *wie* werkt en ruimer opgevat het **behandelklimaat**, soms *niks* werkt. Hulpverleners moeten in staat zijn zich af te stemmen op de toestand en ontwikkelingsfase van hun patiënten. Ze moeten zodanig kunnen communiceren dat zich een werkzame (therapeutische) relatie vormt, waarbinnen motivatie tot verandering, eigen initiatief van patiënten en reële verbeteringen mogelijk zijn.
- Probeer **vroegtijdiger** te werken zodra dat technisch, medisch-ethisch en gezien de uitkomsten van evaluatiestudies kan. In de regel zijn de zorgkosten van eerder hande-

24 Zie bijvoorbeeld: Finset, A. & Mjaaland, T.A. (2009). The medical consultation viewed as a value chain: a neurobehavioral approach to emotion regulation in doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns*, 74, 323-30.

25 Illustratief hiervoor is: Friedlander, M.J. et al. (2011). What can medical education learn from the neurobiology of learning? *Academic Medicine*, 86, 415-420.

len lager en kan een ernstig en gecompliceerd beloop van een aandoening worden voorkomen.

Bij vroegtijdig handelen kunnen **ethische of morele dilemma's** aan zo'n benadering grenzen stellen. Daar staat tegenover dat in latere, meer gecompliceerde toestanden, zulke dilemma's wellicht nog meer aan de orde zijn.

- Richt de aandacht op **het zelf** van patiënten en wees bescheiden. Hulpverleners kunnen helpen bij het verminderen van symptomen (remissie). Patiënten zelf zijn echter degenen die er toe bijdragen en over oordelen of het echt beter met ze gaat (herstel). Zij vormen – bewust of onbewust – de motor bij het herwinnen van hun autonomie of ten minste het vergroten daarvan. Zij alleen zijn het die de draad van hun leven (weer) kunnen oppakken.

Psychische functies dragen ertoe bij dat wij ons een zo adequaat mogelijk beeld vormen van de werkelijkheid binnen en buiten ons lichaam, weet hebben van ons verleden, heden en een idee kunnen vormen over onze toekomst; het (zelf)bewustzijn is daarvan de top. Psychische stoornissen zijn dominante²⁶, robuuste en schadelijke verstoringen van deze functies. Ze impliceren verstoringen van processen met betrekking tot het zelf van mensen, hun zelfbewustzijn, identiteit, percepties en gevoelens jegens zichzelf en de wereld. Het zelf is het belangrijkste wat mensen ter beschikking staat. Psychische hulp die

- 26 In mijn tweede proefschrift heb ik de criteria dominantie, robuustheid en schadelijkheid geselecteerd als heuristische principes om – for the time being – te kunnen vaststellen of er sprake is van een ernstige psychische stoornis. *Dominantie* houdt in dat er een verstoring is van de homeostase, bijvoorbeeld doordat een proces of cluster van processen de overhand heeft gekregen. *Robuustheid* duidt op het gegeven dat de verstoring duurzaam is, niet gemakkelijk door interne of externe mechanismen kan worden hersteld of gecompenseerd. *Schadelijkheid* betreft lichamelijke, psychische en/of sociale schade voor de direct betrokkene en/of zijn of haar omgeving. In de vaststelling van 'schade' schuilt onherroepelijk ook een aan waarden gebonden beoordeling.

daaraan voorbij gaat en patiënten reduceert tot een verzameling van symptomen is onnozel, en misschien wel schadelijk.

Verantwoording

Dit boekje is geschreven ter gelegenheid van de installatie van het lectoraat Geestelijke Gezondheidszorg van de Hogeschool Leiden op 9 juni 2011. Het lectoraat wordt financieel mede mogelijk gemaakt door Bouman GGZ te Rotterdam. Bij het schrijven van de tekst heb ik dankbaar gebruik gemaakt van commentaren van leden van de Kenniskring GGZ, in het bijzonder Corine Balder. Ook kreeg ik bruikbaar commentaar van Thea Maaskant, Natasja van Lang en Ronald van Gool (GGZ inGeest) en van Annemiek Elling (ex-ZonMw). Esther Paul-Jonker was bereid het laatste concept grondig door te nemen. En verder heeft Mieke Wiggers in alle fasen van het schrijfproces geholpen de ergste fouten eruit te halen.



Over de auteur

Jaap (Jacob Carel) van der Stel (1953), andragoloog, werkte van 1981 tot 1991 in de verslavingszorg. Van 1991 tot 1999 was hij hoofd preventie bij de Riagg in Haarlem. Sindsdien is hij als senior onderzoeker werkzaam bij de Geestgronden, nu GGZ inGeest, partner van VUmc. Hiernaast is hij sinds 2009 verbonden aan de Hogeschool Leiden; vanaf 2010 in de functie van lector Geestelijke Gezondheidszorg.

In 1995 promoveerde hij cum laude tot doctor in de sociale wetenschappen op het proefschrift *Drinken, drank en dronkenschap; Vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland*. In 2009 promoveerde hij tevens tot doctor in de geneeskunde op een wetenschapsfilosofische studie over de zoektocht naar de determinanten en mechanismen van psychopathologie. Hij publiceert regelmatig over uiteenlopende onderwerpen in de GGz en verslavingszorg.

Colofon

Resultaten boeken in een complexe wereld
Een nieuw paradigma voor de psychiatrie. Een andere praktijk van de GGz
Dr. Jaap van der Stel

ISBN 978 90 8850 227 9
NUR 875

Foto's omslag
Bigstockphoto.com

Vormgeving
Merel van Dam, Uitgeverij SWP

Uitgever
Ingrid de Jong

Voor informatie over overige uitgaven van Uitgeverij SWP:
Postbus 257, 1000 AG Amsterdam
Telefoon: (020) 330 72 00
Fax: (020) 330 80 40
E-mail: swp@mailswp.com
Internet: www.swpbook.com



