

De Nieuwe GGZ in vogelvlucht

De 'Nieuwe GGZ' (DNG) is een beweging. In principe horen we daar allemaal bij en kan iedereen bijdragen. Er is geen accreditatie, ballotage of politiebureau dat de normen vaststelt. We schrijven met elkaar de 'geschiedenis' van de innovatie in de GGZ. Dit jaar verscheen vanuit dit perspectief het boek 'Goede GGZ' van Delespaul e.a. Op verzoek van KiZ vatte Philippe Delespaul enkele van zijn denkbeelden samen in dit artikel.

P. Delespaul

Het boek 'Goede GGZ' (Delespaul e.a. 2016) is geschreven als een inspiratiebron voor de Nieuwe GGZ beweging. Het is expliciet geen consensusdocument. We hebben onze ideeën in een paar maanden tijd van ons afgeschreven omdat we ervan overtuigd waren dat de beweging (en het voortschrijdend inzicht) baat heeft aan mensen die hun kaarten over de toekomst van de GGZ op tafel leggen. 'Goede GGZ' is een blauwdruk voor innovatie in de zorg geworden. We zijn er blij mee. Maar zoals alle inspiraties zal de uitwisseling van ideeën en de praktijk uiteindelijk uitmaken wat haalbaar zal zijn en in de toekomst tot werkelijk wordt. Dit proces van woord en idee naar het werkveld is bijzonder hardnekkig.

De Nieuwe GGZ wil niet alleen eilanden van innovatie realiseren maar stelt zich expliciet tot doel het psychisch welzijn van iedereen in Nederland (en erbuiten) te beïnvloeden.

De actuele niet-duurzame praktijk

De afgelopen jaren is het GGZ-budget sterk gegroeid, soms met bijna 10% per jaar. Deze groei is moeilijk blijvend op te brengen en via een bestuurlijk akkoord met de sector is de groei getoet op 1% effectieve uitbreiding per jaar. Op de werkvloer zien we echter massale krimp en bezuinigingen. De GGZ is in het defensief gedrukt en komt niet echt met een inhoudelijk antwoord. Verder vraagt de verdeling van schaarse middelen een toename in verantwoording. Hierdoor neemt de reeds bestaande administratieve (over)last verder toe (door GGZ Nederland geschat op 20% van het macro GGZ-budget). Deze verantwoordingsdrang is bedoeld als efficiëntieverbetering, maar zorgt

er ook voor dat zinvolle zorg (bijv. familieondersteuning) verwordt tot fraude omdat verzekeringsgeld gebruikt wordt om anderen dan de verzekeringnemer te helpen. GGZ Nederland heeft berekend dat de sector hierdoor over de afgelopen 2 jaar meer dan 10% van haar budget verloren heeft (750 miljoen per jaar) en de impact op kwaliteit is nog groter. Kortom, het systeem is op drift en levert verre van optimale zorg. Het vertrouwen bij cliënten, hulpverleners en betrokkenen is weg.

Er is nood aan een agenda. En we zien dat deze agenda op allerlei plaatsen geformuleerd wordt (Hart voor de GGZ, Herstel voor Iedereen, Agenda GGZ voor gepast gebruik en transparantie, Redesigning Psychiatry, Nieuwe wegen,...). Er is een duidelijk momentum voor vernieuwing in de sector.

Naar de formulering van een ambitie

Wanneer is innovatie in de GGZ de moeite waard? Kwaliteit kan in principe beïnvloed worden op verschillende manieren. En de Nederlandse GGZ is de afgelopen jaren door opeenvolgende fasen heen gegaan. Zorg verbetert door mensen goed op te leiden. Dit is een voorwaarde maar biedt geen garantie voor de praktijk. In een eerste stap verbetert de kwaliteit door (administratieve) ritualisering. Je stelt vast waar het probleem zit en onderhandelt hoe hieraan te remediëren. Het dossier moet dus een behandelplan bevatten, een informed consent enz. In een volgend niveau van kwaliteitsbeleid ga je de gewenste kwaliteit normeren. Je toetst of behandelrichtlijnen, die mede bepaald worden op basis van wetenschappelijke evidentie, gevolgd worden. Doen we wel



Color Symphony

wat wetenschappelijk effectief en efficiënt blijkt te zijn? In een volgende fase wordt kwaliteit verbeterd, niet door het goede te doen (evidence based), maar door te doen wat effectief is. Hierdoor ontstaat het belang van monitoring op outcome en geldt de groep of de setting als referentie (gemiddeld effect halen – of benchmarking).

In de Nieuwe GGZ zijn we van mening dat deze strategieën voor kwaliteitsborging hun beste tijd gehad hebben (en vaak zelfs de kwaliteit negatief beïnvloeden). Hetgeen bijvoorbeeld effectief is voor de gemiddelde patiënt, is misschien niet de beste keuze voor individuele patiënten. Omdat psychische problemen de publieke gezondheid bepalen moeten de aan de GGZ verstrekte middelen een impact hebben op de publieke gezondheid van de mensen in een wijk. Dit is de kwaliteit die ertoe doet. Hierdoor wordt niet enkel de patiënt in de consultatie je verantwoordelijkheid, maar ook de patiënt op de wachtlijst en zelfs de patiënt achter de geraniums thuis, kortom elk psychisch onwelbevinden in je referentiewijk. Outcome wordt niet alleen bepaald door de voor- en nameting van een behandeltraject (of DBC), maar ook door het gerealiseerde herstelproces op termijn. Immers, snel symptomen reduceren zou kunnen betekenen dat onvoldoende aandacht geboden wordt aan de ontwikkeling van

psychische weerbaarheid. Het gaat om de toegevoegde waarde van de GGZ op de maatschappij als geheel.

Ambitie van de 'Nieuwe GGZ'

De impact van de GGZ als een infrastructuur voor publieke gezondheid moet resulteren in een ambitie over een periode van 10 jaar (en meetbaar in elke wijk van Nederland):

- verminderen van het psychisch lijden met 1/3 van de actuele 24% naar 16%;
- verminderen van de suïcides met 1/3 van 1800/jaar (11 op 100.000 inwoners) naar 1200/jaar;
- bevorderen van de maatschappelijke participatie van mensen met een GGZ-handicap, nu de helft van de uitkeringen (waarvan 2/3 een arbeidswens heeft), met ¼ (van 25% naar 18%);
- verminderen van het ernstig psychisch lijden (EPA) met 1/3 van de actuele 1,5% naar 1%;
- verbeteren van de beperkte levensverwachting van mensen met EPA (nu een achterstand van 25-30 jaar) met 50% (naar een achterstand van maximaal 15 jaar).

Met deze doelstellingen heeft de 'Nieuwe GGZ' een impact boven de status quo. Deze doelstellingen zullen nooit gerealiseerd worden door verwaarlozing, maar slechts door een nationaal

Opnieuw afstellen van de tandwielen die de GGZ draaiend houden, is noodzakelijk.

plan gericht op de bevordering van psychisch welzijn, een nationaal plan dat de grenzen van de GGz overstijgt. We denken deze ambitie budgettair neutraal te realiseren en willen hierover lokaal sociale deals sluiten.

Drie pijlers

In DNG hebben we innovaties gericht op 3 domeinen die we ontleen aan de manier waarop wij de wetenschappelijke evidentie interpreteren en de actuele maatschappelijke context begrijpen.

Een visie op kennis

Over de afgelopen jaren werd de kennis over psychisch onwelbevinden benaderd vanuit de overtuiging dat een onderliggend pathologisch proces met een eenduidige somatische oorzaak op termijn gevonden zal worden. Ondertussen wordt duidelijk dat deze eenduidige oorzaak niet bestaat. Dit is niet zo vreemd. Heel wat psychische functies zoals intelligentie en creativiteit hebben geen rechtstreekse biologische basis (hoewel niemand zal beweren dat ze niets met de hersenen te maken hebben). En dus vragen we ons af of we, op zoek naar de ultieme kennis, misschien waardevolle kennis genegeerd hebben. De efficiëntiedrang die geïnspireerd wordt uit de 'evidence based' praktijk is er mede de oorzaak van dat mensen worden afgeschreven als uitbehandeld. De kennis wordt bij elkaar gebracht rond categorale diagnoses (zoals in de DSM-5) terwijl deze diagnoses geen vaste identiteiten zijn maar in het beste geval elkaar overlappende begrippen (fuzzy sets). Met andere woorden, deze diagnoses zijn niet bruikbaar om op een deterministische wijze een outcome te voorspellen. Dit zou slechts kunnen wanneer de oorzaak van het probleem door de interventie wordt weggenomen. En zo lang we geen eenduidige kennis van de oorzaak hebben, zal ook de ideale behandelstrategie 'fuzzy' zijn. Behandeling moet fasegericht worden ingezet. Relevante kennis voor behandeling kan in kaart gebracht worden met eenvoudige vragen:

1. Wat is je kwetsbaarheid (wat gaat je niet goed af)?
2. Wat is je weerbaarheid (wat lukt je goed)?
3. Waar wil je naartoe?
4. En wat heb je nodig?

Deze vragen sluiten aan bij de leefwereld van de cliënt en de betrokkenen om hen heen. En het gebruik van deze gemeenschappelijke taal is een voorwaarde om te komen tot een collaboratieve hulpverlening die de cliënt optimaal motiveert om zijn doelen te realiseren en professionals de middelen biedt om deskundig aan te sluiten op het herstel van de patiënt. We

spreken van drievoudig herstel: symptomatisch herstel, herstel in rolvervulling en participatie en herstel in persoonlijke doelrealisatie. Werk en relaties kunnen symptomen reduceren. Care interventies hebben curatieve effecten.

Een visie op resources

Is de professionele hulpverlener de enige persoon die effectieve hulp kan bieden? Gezien de breedte van de problematiek die door de cliënt en betrokkenen als doelen geformuleerd worden, is het noodzakelijk de exclusiviteitsrelatie die we ontwikkeld hebben met betrekking tot 'effectieve resources' te herzien. Mensen leven in een betekenisvolle context en in die betekenisvolle context zullen ook betekenisrelaties (die cruciaal zijn voor psychisch welbevinden) een plaats moeten krijgen.

Het is daarom ongelukkig dat over de afgelopen jaren stringente normen zijn geformuleerd voor de opleiding en bijscholing van professionals in de zorg (BIG regeling). Hiermee worden waardevolle resources uit de zorg uitgesloten en wordt de zorg onbetaalbaar omdat er gewoon onvoldoende professionals met de noodzakelijke registraties bestaan.

We denken dat kennis van cliënten, betrokkenen en hulpverleners fundamenteel evenwaardig is en geïntegreerd moet worden in de manier waarop zorg verstrekt wordt. Dit kan op verschillende wijzen vorm krijgen: in de vorm van deskundigen die hun ervaringskennis in de zorg hebben leren inzetten om de multidisciplinaire zorg herstelgericht te maken; dit kan ook door mondige cliënten en betrokkenen een evenwaardige plaats te geven in de zorgplanning en uitvoering (zoals in resource groepen of het Finse 'open dialogue'-model).

Maar dit is nog onvoldoende. We pleiten ervoor dat de 7 miljard euro die in de GGz wordt ingezet, gedeeltelijk ter beschikking komt voor tewerkstelling van cliënten en ex-clieënten. Dit kan, wanneer de GGz zich eindelijk als een sociale onderneming gaat gedragen. Een significant deel van de tewerkstelling wordt aan de doelgroep aangeboden.

Met een prevalentie in psychisch lijden van 1 op 4 mensen, is alleen de tewerkstelling in de eigen GGz sector eveneens onvoldoende. Er is een politieke actie nodig om de economie in onze maatschappij sociaal te maken en de kloof tussen participeren en marginaliseren (en de hierin bestaande drempels) te verminderen. We denken dat maatschappelijke participatie een grote bijdrage zal bieden aan de de-stigmatisering van de geestelijke gezondheid in de maatschappij. Het is een 'nationaal plan' voor psychisch welbevinden.

Een visie op cultuur

In het derde domein sluiten we aan bij veranderingen in onze maatschappij en cultuur. Optimale geestelijke gezondheid is mensenwerk. Om te komen tot beter psychisch welbevinden is het cruciaal om oplossingen te vinden voor angsten en depressies, maar ook voor eenzaamheid en voor het realiseren van betekenisvolle activiteiten. Dit vraagt om mensen dichter bij elkaar brengen en interventies te focussen op processen in het dagelijkse leven. Door de jaren heen heeft psychische hulpverlening zich gericht op interventies die impact kunnen hebben op het dagelijkse leven. Medicatie kan dat omdat de inname van middelen de belofte van een 7x24 uren effect biedt. Om dezelfde reden is psychotherapie populair. Generalisatie is steeds een bottleneck geweest in de psychologische behandeling. Mensen leren in de therapie alternatieve gedachten die hun wantrouwen neutraliseren; hun angsten verliezen door begeleide exposure de negatieve waarde die te vaak tot vermijden leidt. Maar buiten de therapiesessie is er een andere werkelijkheid. Vaak blijft de weerbaarheid beperkt en worden vaardigheden niet in de praktijk geactiveerd.

We zijn van mening dat internet- en computertechnologie een fundamentele nieuwe GGz inluidt. In eHealth zijn computers vaak de oplossing voor een klassieke GGz. Maar (mobiele) computers kunnen problemen oplossen die voorheen onoplosbaar waren. Het brengt de therapeut in de binnenzak en kan de therapie activeren wanneer de patiënt zo opgeslorpt is in zijn of haar angsten, wanhoop of wantrouwen, dat reflectie onmogelijk is. mHealth is een paradigma verschuiving die een revolutie in psychische gezondheid brengt. De tweede revolutie is minstens even belangrijk. Tot voor kort was de onderlinge hulp bij psychisch lijden beperkt tot face to face contacten. Adequate, deskundige en matchende contacten zijn schaars en zelden 'on demand' beschikbaar. De virtuele community biedt de belofte om laagdrempelig beschikbaar te zijn, iets wat met de best toegeruste zorgorganisatie face-to-face onhaalbaar is. Ze biedt ook de mogelijkheid om zorg te bieden en de multi-deskundige resources te ontsluiten om samen te komen tot effectieve zorg. Virtuele communities kunnen elkaar ondersteunen en zelfhulp booster sessies organiseren, betrokkenen support netwerken vormen en zelfs de professionals de bijscholing bieden die door de lokale wijkgerichte zorgorganisatie, niet meer beschikbaar is.

Virtuele communities zijn echter niet steeds de oplossing. Wie eenzaam is, kan op Facebook. Maar kan ook inschrijven in een wandelclub of beslissen voor een ander te gaan koken. Virtuele en face to face contacten moeten elkaar versterken.

Geïntegreerd model

We zijn van mening dat zorg de lokale werkelijkheid als uitgangspunt moet nemen. Niet dat alles in de wijk moet gebeuren. Wijken hebben weinig anonimiteit en dit kan een negatieve impact hebben op het engagement dat de zorgvrager in de zorg heeft. Sommige cliënten hebben hier, met goede argumenten, kritiek op geformuleerd en wensen geen dwang maar keuzevrijheid.

Wijken zijn het kader voor de verantwoordelijkheid van de GGz. Wie in de wijk woont kan vrij hulp zoeken (ook buiten de wijk) en virtuele communities kunnen hierbij helpen. Maar de wijkresources van de GGz kunnen hen geen hulp weigeren.

De wijk heeft verder de unieke mogelijkheid de lokale resources herkenbaar te maken. Je kunt er leren wie je collega's zijn. Over de afgelopen jaren heeft professionalisering in de GGz geleid tot een grotere afstand in de zorg en een versnipperd landschap. We zijn van mening dat de schaal van de zorg terugge-

Er is een duidelijk momentum voor vernieuwing in de sector

schroefd moet worden naar een 'menselijke' maat (maximaal 20.000 inwoners). In een wijk van 20.000 inwoners kunnen verwijzers (bijvoorbeeld huisartsen) de behandelaren kennen en kan zorg geïntegreerd worden aangeboden over de verschillende domeinen van herstel (samenwerking van GGz, gemeentelijke participatienetwerken en herstelacademies). Gezien het maatschappelijk budget voor de GGz kan elke wijk meer dan 100 professionals hebben, ruim voldoende om een deskundig aanbod te borgen.

Literatuur

Delespaul, P. Milo, M. Schalken, F. Boevink, W. Os van, J. Goede GGZ! Diagnosis Uitgevers, 2016.

Informatie over de auteur

Philippe Delespaul is hoogleraar innovatie in de Geestelijke Gezondheidszorg aan de vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie op de Universiteit van Maastricht en adviseert de Raad van Bestuur van Mondriaan bij ontwikkelingen in de zorg.