

STAGNATIE EN ONTWIKKELING IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Jaap van der Stel

Dit artikel verscheen eerder in *Health Management Forum*, nr. 3/2007, 7-10.

Zoals overal in de zorg is ook de geestelijke gezondheidszorg (GGZ – inclusief verslavingszorg) bij voortdurende verandering. De implementatie van nieuwe structuren, die door de introductie van het marktbeginsel noodzakelijk zijn, is nog maar net begonnen. De fusiegolf is nog niet voorbij, en de consequenties op langere termijn van de invoering van de systematiek van de diagnose-behandelcombinaties zijn nog niet te overzien. Ook de wijzigingen in de financieringsstructuur die door het vorige kabinet zijn afgedwongen moeten hun sporen eigenlijk nog trekken. Maar dát deze structurele aanpassingen voor alle betrokkenen (managers, medewerkers en patiënten) het beeld van de GGZ zullen veranderen, staat vast. Veel medewerkers zijn beducht voor de verschuivingen omdat die hun positie en verworven rechten of functies onzeker maken. In ieder geval is er nu al sprake van dat de ‘dwang’ om meer te ‘produceren’ fors is toegenomen, en ook al ben ik niet van ‘de kant van Kant’: het is onmiskenbaar dat op een aantal terreinen de zorg verschaald. Met eerder minder dan meer geld moet steeds ‘meer’ worden gedaan. Vroeg of laat heeft dat natuurlijk schade tot gevolg.

Ik wil in dit artikel echter stilstaan bij enkele inhoudelijke kwesties die betrekking hebben op de vraag of, en zo ja hoe het komt dat er stagnatie is in de ontwikkeling van de effectiviteit van de zorg, en wat er nodig is om daarin beweging te krijgen.

Bewijs als basis

Sinds de jaren tachtig is er in de gezondheidszorg een wereldwijde beweging gaande die erop is gericht dat alle medische handelingen door wetenschappelijk onderzoek zijn onderbouwd. Natuurlijk waren er ook voordien al initiatieven gaande om wetenschappelijke criteria te hanteren bij de beoordeling van interventies. Maar er bestond in die tijd geen consensus over hoe dat het beste kon gebeuren, en er waren daarvoor geen gestandaardiseerde methodieken beschikbaar, laat staan databases waaruit snel kon worden opgediept of een interventie of therapie werkzaam was en op welk bewijs dat was gebaseerd.

Inmiddels worden uitspraken over de sterkte of zwakte van een behandelaanbeveling gefundeerd op geprotocolleerde analyses van de uitkomsten van experimenten (in laboratoriumopstellingen en in de praktijk). Het RCT, een gerandomiseerde en gecontroleerde proef, waarbij bij voorkeur de proefpersonen niet weten welke behandeling ze ondergaan (de zogenaamde blinding), heeft in deze constellatie de status van ‘gouden standaard’ verkregen. Elk ander onderzoek wordt in beginsel als inferieur opgevat, omdat het minder eenduidig steun geeft aan uitspraken over de vraag of een interventie wel of niet oorzakelijk ten grondslag ligt aan een (beoogd) behandelresultaat.

Het probleem hierbij is echter dat lang niet alle interventies geschikt zijn voor een RCT. Voor onderzoek naar de werking van medicijnen is het ideaal¹, vooral als de onderzoekspopulatie streng geselecteerd kan worden (bijvoorbeeld: alleen ‘witte’ mannen, die maar één stoornis hebben, geen alcohol of drugs gebruiken en hun medicatie ook echt innemen). In zulke situaties is het soms zelfs nog mogelijk het medicijn af te zetten tegen een placebo – uiteraard voor zover dat medisch-ethisch nog acceptabel is.

¹ Overigens valt er op de huidige generatie RCT's die in het medicijnenonderzoek zijn uitgevoerd ook veel af te dingen. De selectie van de onderzoekspopulatie is vaak van dien aard dat men terecht mag twijfelen aan de externe validiteit van de uitkomsten voor de concrete groepen patiënten die thans in GGZ-instellingen voorkomen.

In de GGZ bestaat de hulp echter uit veel meer dan het verstrekken van medicatie of het uitvoeren van afgebakende medische handelingen die goed in een testomgeving beoordeeld kunnen worden. Hier gaat het ook om complexe, samengestelde behandelprogramma's: strategieën met een veelal globaal geformuleerd behandelgoal, waar meerdere disciplines een bijdrage aan leveren, en waar contextuele – dat wil zeggen moeilijk 'controleerbare' – factoren veelal van grote (maar helaas onbekende) invloed zijn. Met enig kunst- en vliegwerk is het wel mogelijk net te doen alsof allerlei variabelen constant gehouden kunnen worden, maar 'blind' kunnen zulke studies nauwelijks genoemd worden.

De consequentie hiervan is dat het aanbod van uitspraken ten behoeve van de GGZ over *evidence*, en dat bovendien van een hoog niveau is, in de praktijk eenzijdig is samengesteld. En dat brengt weer met zich mee dat de multidisciplinaire richtlijnen die voor de behandeling van specifieke stoornissen worden opgesteld vooral de academische beroepen (psychiaters, psychologen, psychotherapeuten) bedienen, terwijl de beroepsgroepen die qua mankracht het leeuwendeel van het werk verzetten (in het bijzonder de verpleegkundigen) er heel bekaaid afkomen.

Is hiervoor een oplossing? Jawel, maar niet door gekunstelde verpleegkundige interventies, laat staan ingewikkelde behandelprogramma's, in een RCT-vorm te persen – wetenschapstheoretisch is dat een verkeerde benadering. Veel beter is het om, zoals in de Verenigde Staten wel is gedaan, beoordelingscriteria te ontwikkelen die geschikter zijn om de effecten van zulke complexe programma's op waarde te schatten. Vervolgens zou, wanneer een evaluatieonderzoek volgens die criteria is uitgevoerd waardoor er uitspraken kunnen worden gedaan over de effectiviteit van zo'n programma, deze een vergelijkbare status moeten krijgen als de uitkomsten van een RCT. Het belang hiervan is dat er zo een evenwichtiger beeld kan worden gevormd van de bijdragen die de afzonderlijke disciplines aan de verbetering van de geestelijke gezondheid van patiënten in de GGZ kunnen leveren.

Het beoogde doel

De huidige GGZ is samengesteld uit verschillende instellingen met elk hun eigen traditie en behandelphilosofie – de belangrijkste recente samenvoeging is die tussen de ambulante werkzame RIAGG's (die zelf al een conglomeraat vormden van diverse voorlopers) en de algemeen psychiatrische ziekenhuizen. Hier komt bij dat er uiteenlopende beroepsgroepen werkzaam zijn met elk hun eigen opleidingen, beroepsverenigingen, en hun eigen visies op de te behandelen problematiek. Voor sommigen is, als het om principiële zaken gaat, de loyaliteit aan de eigen beroepsgroep groter dan die aan de instelling waar zij werken. Uiteraard kennen vrijgevestigden dit probleem niet, maar deze (in omvang niet onaanzienlijke) sector laat ik hier verder buiten beschouwing.

Het antwoord op de vraag wat met de GGZ-hulp wordt beoogd, staat natuurlijk beschreven in de statuten en beleidsplannen van de instellingen, maar de praktijk is veelvormiger. Ook al varieert het beeld bijna per decennium, grosso modo gaan de discussies in de zorg telkens om een accent op de behandeling van een of meerdere psychische stoornissen van een patiënt versus een accent op de maatschappelijke (her)integratie of rehabilitatie van de patiënt, die om ideologische redenen liever als cliënt of anderszins wordt aangeduid. Simpel gezegd: focus op de stoornis van een mens versus focus op de mens met een stoornis.

In de ene benadering moet de GGZ net als elke medische sector ziekten behandelen en overige zaken overlaten aan sectoren als maatschappelijke opvang of aan voorzieningen voor werk, opleiding en huisvesting. In de andere benadering is de rehabilitatie (of het versterken van de autonomie) de kern van het werk, en is het verstandig in plaats van een (als negatief opgevatte) fixatie op stoornissen de aandacht te focussen op het in stand houden van wat een persoon (in maatschappelijk opzicht) nog kán. Impliciet is deze laatste benadering gestoeld op een wat sombere inschatting van de behandelbaarheid van stoornissen.

Voor beide posities is veel te zeggen, in de praktijk komen ze ook allebei aan bod. Toch is – gezien de discussies die in en om de GGZ worden gevoerd – er telkens weer 'markt' voor radicale, elkaar verketterende posities. Je kunt stellen dat de GGZ 'de meest ideologische' sector is die de gezondheidszorg kent. Dit maakt het begrijpelijk waarom er in de afgelopen decennia zo vaak structuurwijzigingen hebben plaatsgevonden en in de toekomst nog zullen plaatsvinden. Het zegt ook iets over waarom er zo vaak onenigheid optreedt over de gewenste behandelstrategie, en waarom er nog steeds verhitte discussies kunnen plaatsvinden over 'dwang en drang' om maar een van de vele 'onopgeloste' kwesties te noemen waar de GGZ mee worstelt. Wat het beste is voor de patiënten kan helaas niemand met zekerheid zeggen.

Psychiaters en psychologen

Zoals al aangegeven, is de GGZ een ontmoetingsplaats van diverse disciplines, waarbij met name de psychiaters, (klinisch) psychologen en psychotherapeuten kunnen bogen op lange tradities, sterke verenigingsstructuren, eigen hoogeraren en opleidingen. Hoewel ze elkaar dagelijks op het werk ontmoeten, spreken ze in verschillende opzichten toch een eigen taal en dat zegt weer iets over de manier waarop ze tegen problemen en oplossingen aankijken. Geen beleidsplan brengt daar verandering in – zo lijkt het althans. Uiteraard biedt deze toestand veel voordelen, maar er zijn ook nadelen aan verbonden.

Een punt dat ik zie als een probleem is de classificatie van stoornissen en de diagnostiek die daaraan is gerelateerd. De eerste academisch gevormde discipline in de GGZ bestaat uiteraard uit de psychiaters - zij zijn het ook die de sector haar tweede naam ('de psychiatrie') hebben gegeven. Belangrijke grondleggers van de moderne psychiatrie (Emil Kraepelin voorop) hebben nagedacht over de indeling van psychische stoornissen; thans is er het DSM-systeem dat telkens verfijndere criteria bevat voor de wel of niet aanwezigheid van een psychische stoornis.

Het ontwikkelen van zo'n systeem lijkt eenvoudig, maar het is, in vergelijking met een classificatie van somatische aandoeningen, een uiterst complexe en onzekere aangelegenheid. Immers, meer dan clusters van 'tekens en symptomen'² staan, eigenlijk tot op de dag van vandaag, de psychiater niet ter beschikking. Psychische stoornissen laten zich met de huidige stand van de wetenschap met biologische middelen niet of nauwelijks diagnosticeren, en enkele uitzonderingen daargelaten (bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer) zijn er geen biomarkers bekend aan de hand waarvan de aanwezigheid van een psychische stoornis kan worden bepaald. De beschikbaarheid van kennis en ervaring, observatie en een goed gesprek, vormen nog steeds de basis waarop een diagnose wordt gesteld.

Wat heeft dit met de discussie over de relatie tussen GGZ-disciplines te maken? Ik denk veel. In de GGZ wordt, ook door de klinisch psychologen of de andere beroepsgroepen, uitgegaan van het sterk vanuit een psychiatrische optiek ontwikkelde DSM-classificatiesysteem. Dat betekent dat een stoornis in essentie wordt gedefinieerd als een specifiek cluster van tekens en symptomen. Welke psychische- of (wat in beginsel hetzelfde is) hersenfuncties daarbij in het geding zijn, dat wil zeggen welke functies en daarbij betrokken circuits of subsystemen in de hersenen ontregeld zijn, blijft daarbij buiten schot. De term 'functie' of 'disfunctie' is in psychiatrische leerboeken niet of nauwelijks in de registers terug te vinden.

Psychologen daarentegen hebben sinds de vorming van hun discipline in het midden van de 19e eeuw (denk aan Wilhelm Wundt), het functiegericht denken tot wetenschap verheven. In de later ontwikkelde klinische en neuropsychologie is het denken in termen van disfuncties dan ook veel algemener aanwezig dan in de psychiatrie. Maar helaas, de klinisch psychologen hebben hun kennis en inzichten niet effectief ingezet om het symptoomgerichte denken te completeren met een – minder 'oppervlakkige' – functiegerichte benadering, laat staan dat ze een concurrerend classificatiesysteem tot ontwikkeling hebben gebracht.

Ik schrijf dit niet omdat ik een abstract doel nastreef, maar omdat de huidige DSM-classificatie het onderzoek naar de determinanten en ziektemechanismen van psychische stoornissen eerder remt dan vooruit helpt. Het remt omdat in de formele beschrijvingen van de psychische stoornissen zelfs maar een hint naar de etiologie van een psychische stoornis, in termen van psychische of -hersenfuncties, ontbreekt. En uiteraard ontbreken al helemaal indicaties over de mechanismen en de determinanten die aan die disfuncties ten grondslag liggen. Dit kan er toe leiden dat de uitkomsten van heel gedegen neurobiologisch onderzoek naar specifieke afwijkingen in de hersenen van bepaalde groepen patiënten worden gecorreleerd met diagnoses die wetenschappelijk gezien zeer aanvechtbaar zijn. Daarbij moet men zich ook nog eens realiseren dat de DSM eens in de zoveel jaar wordt gereviseerd, waardoor het mogelijk is dat patiënten later in een andere diagnosecategorie ondergebracht moeten worden.

Ik pleit er voor dat psychiaters en klinisch psychologen – wereldwijd – de handen ineenslaan en een ziekteclassificatiesysteem ontwerpen dat zowel aan de symptomen als aan de onderliggende disfuncties recht

² In de Angelsaksische traditie wordt een onderscheid gemaakt tussen *signs* (objectieve manifestaties van de ziekte) en *symptoms* (de door de patiënt uitgesproken klachten). In het Nederlands heeft de term symptoom echter een overkoepelende betekenis, waardoor de uitdrukking 'tekens en symptomen' ten dele dubbelop is.

doet. Elders in de geneeskunde zijn, denk ik, genoeg voorbeelden die tonen hoe dat moet. Dat het heel moeilijk is, neem ik direct aan, maar we kunnen gewoon niet zonder.

Hersenswetenschappen

Psychische stoornissen zijn ziekten van de hersenen. Er zijn nog werkers in de GGZ die moeite hebben met zo'n uitspraak. Maar voor de meeste wetenschappers die zich bezig houden met psychopathologie is deze uitspraak gelukkig geen twistpunt meer.

De neurowetenschappen hebben de afgelopen 20 jaar enorme vooruitgang geboekt en de verwachtingen over een continu stroom van nieuwe inzichten zijn hooggespannen. Zal dat vervolgens ook leiden tot een stelselmatige verbetering van de behandelopties voor mensen met een psychische stoornis? Jawel, ooit, maar wanneer is heel onzeker.

In ieder geval hebben de afgelopen decennia laten zien dat sinds de vrij 'toevallige' ontdekkingen na de Tweede Wereldoorlog van enkele stoffen (in het bijzonder de antipsychotica) er heel weinig echte vooruitgang is geboekt. We beschikken nog steeds niet over een groot arsenaal van werkzame middelen met weinig tot geen bijwerkingen. De industrie heeft haar best gedaan, maar heeft uiteindelijk slechts kleine verbeteringen of varianten van middelen, die al vele jaren worden voorgeschreven, op de markt gebracht. En doordat de medicijnen meestal zo onspecifiek werken, is het aantal en de ernst van de mogelijke bijwerkingen aanzienlijk.

Dit verklaart onder andere waarom de therapietrouw zo laag is: voor patiënten is 'stoppen met slikken' vaak een reële overweging, omdat de voordelen van het medicijn in hun beleving niet afwegen tegen de nadelen er van. Zo kunnen de SSRI's (selectieve serotonine heropnameremmers) die alom zijn voorgeschreven – ook door huisartsen – voor de behandeling van depressie en diverse andere psychische stoornissen, niet alleen (bij een verkeerde dosering of vanwege andere factoren) leiden tot seksuele functiestoornissen, maar ook hersencircuits ontregelen die betrokken zijn bij liefdevol gedrag én het aanhouden van een vaste relatie.³ Sommige antipsychotica verhogen de kans op obesitas en – ernstiger nog – diabetes, en ga zo maar door.

Dat kan dan wel zo zijn, maar staan we dan niet nu aan de vooravond van grote doorbraken? Ik zou het graag zo willen formuleren, en hoop dat hersenswetenschappers als Dick Swaab⁴, gelijk hebben met hun zeer optimistische opsomming van mogelijkheden die in het verschiet liggen. Maar ik heb redenen om minder positief gestemd te zijn. De hersenswetenschappen kunnen en zullen veel voor de ontwikkeling van betere diagnostische technieken en therapieën betekenen, maar de problemen waar ook zij voor staan zijn – nogmaals – immens.⁵

Onze hersenen, en de complexe functies en gedragingen waartoe zij ons in staat stellen, vormen een uiterst complex 'systeem van systemen', waarbij sprake is van diverse organisatieniveaus, en waarin vooralsnog 'ontelbare' mechanismen (ketens van gebeurtenissen die zich op en tussen de diverse organisatieniveaus afspelen) betrokken zijn. Soms, meestal bij toeval, wordt een stof gevonden die in de complexe 'brei van factoren' iets bewerkstelligt dat de moeite voor nader onderzoek waard is, en die mogelijk van toepassing is voor een therapie.

Maar met een toevallig gevonden werkzame factor zijn we er niet: we hebben behoefte aan kennis over de etiologie van hersendisfuncties. Hoe kan bij een persoon in zijn of haar hersenen een ziekte ontstaan

³ Een interessant literatuuroverzicht hierover is te vinden in: H.E. Fisher & J.A. Thomson (2007). Lust, romance, attachment: Do the side effects of serotonin-enhancing antidepressants jeopardize romantic love, marriage, and fertility? In S.M. Platek, J.P. Keenan & T.K. Shakelford (Eds.) *Evolutionary cognitive neuroscience*. Cambridge, MA: MIT.

⁴ Zie: Dick Swaab (2007). De analytische psychiatrie in zicht. Ontwikkelingen in het hersenonderzoek leggen de basis voor betere behandelingen. *Health Management Forum*, nr. 3, 22-24.

⁵ Een mooi overzicht over de wetenschappelijke hobbels met betrekking tot de verbetering van de ontwikkeling van nieuwe medicijnen voor psychische stoornissen is te vinden in: Y. Agid et al (2007). How can drug discovery for psychiatric disorders be improved? *Nat Rev Drug Discov*, 6, 189–201.

die we vooralsnog, bij gebrek aan betere concepten, aanduiden als schizofrenie? En ook al weten we dat: hoe kunnen we die ziekte vervolgens heel specifiek behandelen, of – als we er vroeg bij zijn – voorkomen of misschien wel genezen?

Voor de beantwoording van dit soort vragen is een wereldomspannende en langdurige samenwerking nodig, waarbij het de kunst is niet alleen de juiste vragen te stellen maar de vragen ook juist te formuleren opdat er relevante antwoorden uit voortkomen. Verder is het nodig dat er op conceptueel niveau duidelijk wordt waarover we het precies hebben als we de term schizofrenie, of depressie of autisme gebruiken. Want zolang er – zelfs onder psychiaters – nog discussie is over de vraag of bijvoorbeeld schizofrenie wel bestaat, is er ook wetenschapsfilosofisch nog veel werk te verzetten.