

Naar een geïntegreerd zorgsysteem

Tegen de verkokering

De ggz is een sterk afgebakend gebied waar professionals diagnoses stellen en aan specialistische symptoomreductie doen, maar zou in plaats daarvan drempelloos moeten samenwerken met het medische en het sociale domein, zegt psychiater en hoogleraar Jim van Os in zijn meest recente boek. 'Als je de sociale factor niet meeneemt in je werkwijze, blijft het dweilen met de kraan open.'

Door Werner van de Vrede

W

We zijn God niet is de intrigerende titel van het boek dat u samen met Myrthe van Spronsen schreef. Hoe kwam u bij deze titel?

'Die verwijst naar *deliberate practice*: een benadering in de geneeskunde en psychotherapie waarbij hulpverlener en cliënt als gelijkwaardige gesprekspartners met elkaar om de tafel gaan zitten. Deze benaderingswijze heeft nu een comeback in de psychologie. Cliënt en hulpverlener zoeken voortdurend naar afstemming en schuwen het niet elkaar daarbij vragen te stellen als "hoe vind je dat ik het doe?" en "zijn we goed bezig?" Ook de onderlinge relatie wordt ter sprake gebracht: "Wat is mijn effect op jou en jouw effect op mij?" Myrthe van Spronsen en ik hebben veel gesproken over waar het in een cliënt-hulpverlenersrelatie om gaat en kwamen erop uit dat het daarbij in de kern draait om het contact tussen twee mensen. Je moet het samen doen, zelfs als iemand verward en ontoegankelijk is. Je probeert toch een gesprek te voeren en uit te gaan van co-creatie. Als deze bottom-up werkwijze doorsijpelt naar het team, van het team naar de organisatie en van de organisatie naar de samenleving, wordt iedereen op een goede manier meegenomen.'

De ggz moet dus van onderaf veranderd worden?

'We zeggen dat niet met zoveel woorden, maar dat is wel de gedachte achter het boek. De social trials die in Deventer en Doetinchem plaatsvinden, volgen we daarom ook met veel belangstelling. In beide plaatsen hebben gemeente, ggz-instellingen en herstelacademies de handen ineengeslagen. Als je met elkaar afspreekt om systemen bottom-up te vernieuwen, is het eigenlijk goed dat in een hele regio te doen en er daarbij voor te zorgen dat iedereen doordrongen is van de onderliggende kernwaarden. Er zijn landelijk al veel goede voorbeelden van co-creatie, neem BuurtzorgT. Wij zetten groot in en vinden dat de hele ggz uiteindelijk op die manier moet gaan werken. Maar om dit voor elkaar te krijgen, moet je beginnen met experimenteren, zoals Deventer en Doetinchem nu doen. Ook onder zorgverzekeraars leeft het besef dat er iets moet veranderen. Ze hebben de regering om experimenteerruimte op regionaal niveau gevraagd. Het ziet er niet naar uit dat het zorgstelsel in Nederland binnen afzienbare tijd gaat veranderen, dus we zullen voorlopig binnen het bestaande systeem moeten werken. Wij willen binnen het bestaande stelsel sociale cohesie creëren rond sterke waarden als samenwerking, authenticiteit, relationeel werken en zelflerend vermogen. Omdat dergelijke

'Sociaal werkers zijn een onmisbaar onderdeel van het ecosysteem dat wij voorstellen'



'Waar armoede een oorzaak is van psychisch lijden, is het van belang dát aan te pakken'

waarden in Nederland nog niet volledig vermarkt zijn, hebben we de, wellicht naïeve, hoop dat ons dit gaat lukken.

Welke rol kunnen sociaal werkers spelen in deze verandering?

'Myrre en ik benadrukken in ons boek het belang van *social holding*, een sociale buffer waarbinnen een cliënt zich staande kan houden in een moeilijke periode. Ook pleiten we voor veel meer ruimte voor begeleide sociale experimenten op het gebied van wonen, werken, onderwijs, relaties en maatschappelijk verantwoord ondernemen. Waar armoede een oorzaak is van psychisch lijden, is het van belang dát aan te pakken. Dat betekent uiteraard niet dat je het ggz-aspect wel kunt negeren, maar de ggz moet uit de behandelkoker, met diagnoses en specialistische symptoomreductie. De ggz, het medische en het sociale domein zouden drempelloos met elkaar moeten samenwerken in één ecosysteem, een systeem waarin professional en cliënt niet merken dat de zorg uit verschillende potjes bekostigd wordt. Nu komt het voor dat mensen op vijf verschillende wachtlijsten staan. Door de verkokering te doorbreken en intensieve samenwerkingsverbanden aan te gaan, kunnen we ons op het individu in plaats van de diagnose richten. In deze samenwerking neem je niet over maar spring je bij. Sociaal werkers zijn een onmisbaar onderdeel van dit ecosysteem.'

U pleit dus voor een geïntegreerd zorgsysteem?

'Ja. Met de verkokerde ggz wordt veel geld verdiend, maar als je de sociale factor niet meeneemt in je werkwijze is het

Jim van Os is hoogleraar Psychiatrie en voorzitter van de Divisie Hersenen van het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Hij is kritisch betrokken geweest bij de totstandkoming van de DSM-5 en wordt door zijn wetenschappelijke werk en publicaties als *De DSM-5 Voorbij* gezien als één van de boegbeelden van de beweging die streeft naar een nieuwe ggz. Recent verscheen het boek *We zijn God Niet – Pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking*. Van Os schreef dit samen met ervaringsdeskundige, neurowetenschapper en kunstenaar Myrre van Spronsen.

dweilen met de kraan open. Naast meer groepsbehandelingen met ruimte voor ervaringsdeskundigheid is een omvangrijke e-community onderdeel van het ecosysteem dat wij voor ogen hebben: online plekken waar mensen 24/7 terecht kunnen voor verbinding, hoop, ervaringsdeskundigheid, zelfmanagement, consultatie en anonieme e-health behandelingen. Dit is niet bedoeld als vervanging van het huidige aanbod, maar als uitbreiding.'

U bent vaak kritisch over uw eigen beroepsgroep. Wat vindt u, is de rol van psychiaters in deze nieuwe ggz?

'Ik denk dat psychiaters zichzelf, binnen de Public Mental

Health, opnieuw moeten uitvinden. Zij zouden een voorbeeld kunnen nemen aan cardiologen. Die hebben zich altijd sterk gemaakt voor preventie. Psychiaters denken vrijwel uitsluitend vanuit ziektebestrijding of medische hoog-risicobenaderingen. Onze neoliberale maatschappij heeft een zeer negatieve impact op de mentale ontwikkeling van jonge mensen, waardoor veel van hen bijvoorbeeld anorexia, dwang- en/of angstklachten ontwikkelen. We proberen dat te behandelen vanuit een individualistische welzijnsindustrie, zonder daarbij de grondoorzaken aan te pakken. Ik denk dat we ons juist meer op de samenleving moeten richten. Voor zover een medische blik en medicatie een rol spelen, heb je psychiaters nodig, maar waarschijnlijk aanzienlijk minder dan nu het geval is.

In de jaren '70 had je de beweging van de kritische psychiatrie die streefde naar humanisering van behandelingen en gelijkwaardigheid in het contact met patiënten. Dit was toen een breed gedragen beweging die ten onder is gegaan door negatieve framing rond een paar incidenten. In de decennia daarna is de hersenwetenschap het vakgebied steeds sterker gaan bepalen. De psychiatrie als hersenwetenschap is een doodlopende weg. We zitten nu in een tijd waarin er weer een herbezinning plaatsvindt op de kritische psychiatrie en dat is mooi om te zien. Je kunt het ene systeem uiteraard niet zomaar vervangen door het andere. Co-creatie kan echter beschermen tegen 'totale' systemen omdat het lokale variatie en keuzeopties toelaat. Het gaat om de onderliggende waarden, zonder deze in te willen kapselen in een specifiek 'totaal' systeem.'

U bespreekt in het boek ook de rol van spiritualiteit in de behandeling. Hoe waarborg je als hulpverlener de kwaliteit daarvan?

'De ggz doet er goed aan een heel breed pallet aan keuzes aan te bieden. Er zijn bijvoorbeeld Zuid-Amerikaanse en Aziatische culturen waarin sjamanistische denkwijzen gangbaar zijn. Kern daarvan is dat mentale variatie samenhangt met de verschillende manieren waarop mensen verbonden zijn met een spirituele wereld. Mensen met een dergelijke achtergrond gaan ook psychologie of social work studeren. Een goed opgeleide hulpverlener die deze niet vanuit de eigen cultuur kent, maar wel geïnteresseerd is, kan zich ook prima in dit soort tradities verdiepen en die toepassen in de praktijk. Zolang het professioneel gebeurt en goed ingebed is in intervisie, is er niets mis met sjamanistisch behandelen of bidden met een cliënt. Het opent juist extra deuren tot herstel. Je moet durven experimenteren en je behandelmethodes aanpassen bij individuele patiënten.'

In het boek wordt ook het behandelen met ayahuasca aangestipt. Hoe kijkt u naar de eventuele risico's daarvan?

'Er is in de psychiatrie een hype gaande rond het gebruik van allerlei soorten psychedelica. Net zoals dat geldt voor reguliere medicatie, heeft ook dat een heleboel bijwerkingen. In sommige individuele gevallen is sprake van een positief en in andere van geen of een negatief effect. Er vindt momenteel kartelvorming plaats waarbij men miljoenen wil inzetten

voor hersenonderzoek en *randomized controlled trials*. Maar het is een achterhaald idee dat je op deze manier een middel kunt vinden waarvan iedereen beter wordt die lijdt aan een bepaalde, welomschreven ziekte. Zo werkt het niet. Als dat je uitgangspunt is, blijft alleen 'het samen ploeteren' over, zoals psychiater Floortje Scheepers het verwoordt in haar boek *Mensen zijn ingewikkeld*. Het gaat erom dat cliënt en hulpverlener samen begrijpen, samen proberen en samen evalueren. En psychedelica zijn veilig in microdoseringen, dus waarom ze niet op die manier gebruiken?

In het boek wordt veel gesproken over 'recovery colleges'. Wat zijn dit?

'Je kunt daarbij denken aan bijvoorbeeld Enik in Utrecht of Vriendendiensten in Deventer. Geïnspireerde ervaringsdeskundigen richten er een ontmoetingsplaats en een leeromgeving in die mensen helpt zichzelf letterlijk opnieuw uit te vinden. Veel mensen met psychische problemen hebben zichzelf afgeschreven en op deze plekken worden ze uitgenodigd om weer over zichzelf na te denken als een persoon met mogelijkheden. Een recovery college is geen behandel-, maar een leermodel. Omgaan met psychisch lijden en het integreren van ziek zijn is onderdeel van dat leerproces. Bij recovery colleges wordt dit begeleidt door 'wounded healers', of facilitators. Dit zijn mensen die psychisch lijden hebben meegemaakt en overleefd, en die gekozen hebben voor het leven, in de hoop dit te kunnen overdragen.'

Dat doet me denken aan 'kwartier maken' zoals lector Doortje Kal dit beschrijft. Een kwartiermaker, zegt zij, probeert op aanwijzing van een betrokkene, de maatschappelijke omgeving van een stressfactor te veranderen in een hulpbron.

Speelt een dergelijk idee van kwartier maken een rol in de nieuwe ggz?

'Jazeker. Kijk maar eens naar de eerder genoemde proeftuinen in Doetinchem en Deventer. In plaats van de huidige behandelstraten proberen ze daar een ecosysteem te laten ontstaan tussen de zorgverzekeringswet en de Wmo. Kwartier maken is ook het bevorderen van tolerantie voor 'de vreemde ander' en daarmee een essentieel onderdeel van social holding. Als je het idee van mentale variatie serieus neemt, ga je anders naar mensen kijken. De bandbreedte van wat als 'normaal' wordt beschouwt, wordt steeds smaller. Meer kennis bij het grote publiek over wat psychisch lijden precies is, helpt ook stigmatisering te verminderen. Nu bestaat nog het idee dat psychische gezondheid de afwezigheid van een DSM-diagnose is, terwijl psychisch lijden juist ontstaat in de wisselwerking tussen persoon en omgeving. We zouden daarom moeten ophouden geestesziekte in iemands hoofd te lokaliseren en in plaats daarvan diagnoses moeten stellen op het niveau van de omgeving. We hebben in het boek geprobeerd een mentaal model van psychisch lijden te beschrijven op basis van wat mensen zeggen, zodat er een taal ontstaat om samen een zinvol diagnostisch gesprek te kunnen voeren. Wetenschappelijk achterhaalde en problematische termen als 'schizofrenie' passen niet in deze ontwikkeling. De weerstand tegen het laten vallen van deze term komt voort uit de

'We moeten ophouden geestesziekte in iemands hoofd te lokaliseren'

weezin van de psychiatrie om de stap te nemen naar het morele tijdperk van de geneeskunde: het tijdperk waarin artsen uit hun ivoren toren komen en zich op menselijke wijze gaan verhouden tot hun patiënten. De somatische geneeskunde is hier al verder in. Cardiologen weten al sinds de jaren zestig dat aanraking, stemgebruik en relatie invloed hebben op genezing. Existentiële processen hebben onmiskenbaar invloed op herstel. De psychiatrie wilde zich traditioneel zó graag bewijzen ten opzichte van de somatische geneeskunde dat we juist op dit vlak achter raakten. Op dit moment vindt een kanteling plaats, ook de psychiatrie wil terug naar de menselijke maat.'

Er lijkt binnen onze technologische algoritme-maatschappij steeds minder plek te zijn voor die menselijke maat. Kan de tegenbeweging die u beschrijft het tij nog keren?

'Mensen lijden als ze zich niet verbonden voelen met andere mensen. We kunnen, net als ratten, heel makkelijk leren om een beloning na te streven via technologische mechanismen, maar uiteindelijk zijn die verslavend en onbevredigend,

*'Mensen lijden
als ze zich niet
verbonden voelen met
anderen'*

omdat de verbinding met anderen ontbreekt. Onze behoefte aan verbondenheid en betekenisgeving is onze bescherming tegen kale stimulering van het beloningssysteem. Ik heb de hoop dat we het met zijn allen beu worden om als proefdieren te worden gemanipuleerd en dat er gezondere alternatieven zullen ontstaan. Op dit moment zien we de vrijheid in verschillende samenlevingen afnemen, maar uiteindelijk zal blijken dat werelden zoals die van Trump, Poetin en Xi niet duurzaam zijn. Uiteindelijk geloof ik in een weliswaar Star-Trekachtige, maar op intermenselijke waarden gebaseerde samenleving. Er is een risico dat we onszelf, voor het zover is, als imperfecte wezens vernietigen, maar ik wil erop blijven vertrouwen dat datgene wat ons karakteriseert – onze hang naar verbondenheid – op tijd komt bovendrijven.'

Werner van de Vrede is ambulant behandelaar bij BuurtzorgT in Amsterdam Centrum en redacteur van het Vakblad Sociaal Werk.