

Voorkómen chroniciteit: er eerder bij zijn binnen het netwerk

I.P.M. Keet, M. Destoop

- Achtergrond** Ondanks de toename aan behandelmogelijkheden evolueren psychische aandoeningen nog te vaak naar chronische ernstige psychische aandoeningen.
- Doel** Beschrijven van concrete interventies gericht op levensstructuur en vroegsignalering binnen en buiten de ggz om chroniciteit te voorkomen.
- Methode** Beschrijven volgens een kwadrant van evidence-based interventies om chroniciteit te voorkomen: deze interventies kunnen zich richten op de levensstructuur van de patiënt en op het vroeg signaleren en interveniëren, en ze kunnen zowel binnen als buiten de ggz plaatsvinden.
- Resultaten** Belangrijke interventies binnen de ggz omvatten complete en herhaalde diagnostiek inclusief staging, profilering en somatische screening. Ook dient de ggz te focussen op vroegsignalering en -behandeling voor alle psychische aandoeningen en concrete interventies toe te passen zoals individuele plaatsing en steun (IPS), leefstijlinterventies, samen beslissen en laagdrempelige antistigma-acties. Buiten de ggz kan men inzetten op eerste hulp bij psychische problemen, huisvesting, alcoholpreventie en mentale gymnastiek.
- Conclusies** Het voorkómen van chroniciteit vereist een integrale sectoroverstijgende aanpak en een gatekeeperbenadering met een actieve en responsieve ggz.

De ggz is de afgelopen decennia sterk gegroeid in Nederland en Vlaanderen, met meer behandelcontacten, gebruik van medicatie en inzet van psychotherapeutische interventies en andere vormen van behandeling. Dit leidt niet tot een verminderde incidentie en prevalentie van psychische aandoeningen. Tevens is het maatschappelijk functioneren van mensen met ernstige psychische aandoeningen niet manifest verbeterd. De afstand tot de arbeidsmarkt is nog steeds groot (Brouwers e.a. 2016) en hun levensverwachting is zelfs ruim 2 decennia korter dan die voor andere burgers (Walker 2015).

Wij beschrijven in dit artikel wat de mogelijkheden zijn om bij een psychische aandoening te voorkomen dat deze chronisch wordt en gaat voldoen aan de criteria van een ernstige psychische aandoening, zoals eerder geformuleerd in dit tijdschrift (Delespaul 2013). Deze zijn: noodzaak van behandeling, ernstige beperkingen in het sociaal functioneren, de beperking is oorzaak en gevolg van de psychiatrische stoornis, de duur is ten minste enkele jaren en coördinatie in zorgnetwerken

is geïndiceerd om het behandelplan te realiseren. Deze netwerkaanpak is een onderdeel van een brede visie op *community mental health*, zoals gedefinieerd door het Netwerk European Community Mental Health Services (EUCOMS) (Keet e.a. 2019).

Voorkómen van chroniciteit

Het voorkómen van chroniciteit is een aanpak die in het verlengde ligt van geïndiceerde preventie (Van der Stel 2019). Dit vraagt om een herdefiniëring van de rol van de geestelijke gezondheidszorg. Deels is deze al ingezet. Wij zien een verschuiving van behandeling van uitgekristalliseerde en classificeerbare aandoeningen naar vroegsignalering en -behandeling. Deze is het meest uitgesproken bij psychose.

Voorkómen van chroniciteit begint al voor de volwassenheid. McGorry beschreef psychische aandoeningen als de chronische aandoeningen van de jonge mensen, waarbij 75% van de aandoeningen zich manifesteert voor de leeftijd van 25 jaar (Nieman 2017). Het voorkómen van chroniciteit kunnen we dus in belang-

AUTEURS

René Keet, psychiater en directeur FIT-academy, GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar.

Marianne Destoop, psychiater, CAPRI Universiteit Antwerpen en Psychiatrisch Ziekenhuis Multiversum, Boechout.

Correspondentieadres

Dr. René Keet, FIT-academy, GGZ Noord-Holland-Noord, Postbus 18, 1850 BA Heiloo.

E-mail: r.keet@ggz-nhn.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-11-2020.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(2):142-149

rijke mate realiseren door vroegsignalering en -interventie. 'Vroeg' slaat dan zowel op een eerder stadium als op een jongere leeftijd.

Voorkómen van chroniciteit is echter ook mogelijk door te interveniëren op levensstijl en op de omstandigheden die deze bepalen (werk en woonsituatie). In dit artikel vatten we dit samen met het begrip levensstructuur. Sleutelwoorden bij het voorkómen van chroniciteit zijn tevens een brede maatschappelijke aanpak, focus op herstel en samenwerking met patiënten en hun omgeving. De psychiaters en andere professionals in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) dienen hun taken als diagnosticus en behandelaar primair in te zetten binnen een maatschappelijke context en in nauwe samenwerking met andere disciplines en partijen buiten de ggz. Voorkómen van chroniciteit is dus per definitie een interdisciplinaire taak, waarbij we meer en meer over de grenzen van de ggz met andere partners in een netwerk samenwerken. De zorg voor deze patiënten vereist een interdisciplinaire, intersectorale, geïntegreerde en herstelgerichte manier van werken.

DOEL

Het doel van dit artikel bestaat uit: 1. Het beschrijven van concrete interventies gericht op levensstructuur en vroegsignalering binnen en buiten de ggz om chroniciteit te voorkomen; 2. het toetsen van deze interventies aan de wetenschappelijke evidentie; 3. het bieden van een agenda voor de toekomstige praktijk en voor implementatieonderzoek.

METHODE

Beschrijving interventies in 4 kwadranten

We beschrijven de mogelijkheden tot het voorkómen van chroniciteit als interventies die binnen en buiten

Tabel 1. Indeling in vier kwadranten met inventarisatie van de levensstructuur van de patiënt en vroeg signaleren en interveniëren op een ongunstige ontwikkeling van de psychische gezondheid, binnen en buiten de ggz

	LEVENSTRUCTUUR	VROEGSIGNALERING EN -INTERVENTIE
Binnen ggz	Kwadrant 1	Kwadrant 3
	Werk	Vroegsignalering en -behandeling
	Diagnostiek	Samenwerken met familie
	Stagering en profilering	Somatische screening
	Leefstijl	Headspace
	Zelfhulpgroepen: WRAP	Antistigma-interventies
	Gedeelde/ondersteunde besluitvorming	Diagnostiek
	Muziek en beweging	
Met netwerk buiten ggz	Kwadrant 2	Kwadrant 4
	Mental Health First Aid	Gatekeeperbenadering
	Huisvesting eerst	
	Alcoholpreventie	
	Mentale gymnastiek	

de ggz kunnen plaatsvinden. Deze interventies kunnen zich richten op de levensstructuur van de patiënt en op het vroeg signaleren en interveniëren op een ongunstige ontwikkeling van de psychische gezondheid. De integratie van deze tweedelingen leidt tot een kwadrant van interventies (tabel 1).

RESULTATEN

Kwadrant 1: interventies op levensstructuur binnen ggz

Binnen de ggz worden 2 richtingen aangeduid op het gebied van levensstructuur om chroniciteit te voorkomen (Couwenbergh e.a. 2020). In de eerste plaats gaat het daarbij om ruimte maken voor het persoonlijk verhaal van de patiënt, waarbij gedeelde besluitvorming, ervaringsdeskundigheid en zelfhulp belangrijke manieren kunnen zijn om de patiënt te ondersteunen bij persoonlijk herstel. In de tweede plaats gaat het om behoud en herstel van maatschappelijke rollen, waarbij individuele plaatsing en steun (IPS) ervoor kan zorgen dat patiënten hun baan of studie kunnen behouden of herwinnen.

Werk (IPS)

IPS is de best bewezen effectieve methodiek voor het vinden van werk (Burns e.a. 2007; Dudley e.a. 2014; Fioritti e.a. 2014; Metcalfe 2017; van Weeghel & Michon 2017). Het IPS-model vraagt om inbedding in een ggz-team. Het is dus een van de disciplines waar de ggz-professional direct mee samenwerkt. De interventie onderscheidt zich van andere interventies doordat de patiënt eerst begeleid wordt naar werk, om vervolgens op de werkplek de benodigde vaardigheden aan te leren: *eerst plaatsen, dan trainen*. Dit vraagt om de bereidheid van de ggz-professional in de behandeling risico's te nemen en niet altijd vanzelfsprekend te kiezen voor stabiliteit als doel.

De multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen geeft aanbevelingen ter ondersteuning van mensen met langdurige en ernstige psychische aandoeningen die graag mee willen doen in het arbeidsproces (van Weeghel e.a. 2005). Uit de richtlijn komt naar voren dat het aannemelijk is dat een geïntegreerde aanpak – waarbij arbeidsbegeleiders (jobcoaches en trajectbegeleiders) en ggz-hulpverleners samenwerken in één team – effectiever is voor het verkrijgen en behouden van werk dan een niet-geïntegreerde aanpak. Voor de psychiater als behandelaar betekent dit dat het doel 'betaald werk' een prominente rol verdient in de behandelplannen.

Diagnostiek

Interventies gericht op de levensstructuur vragen om een diagnostiek niet enkel van symptomen en syndromen, maar ook van het functioneren. De *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) biedt daarbij een raamwerk voor het beschrijven en organiseren van informatie over functioneren en beperking (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre). In Nederland is deze wijze van diagnostiek goed geïmplementeerd door de verpleegkundig specialisten ggz; bij andere disciplines is dat nog beperkt het geval.

Stagering en profilering

Stagering en profilering betreffen een ander aspect van diagnostiek. Deze benadering helpt om van een statische, descriptieve en categorale psychiatrische classificatie te komen tot een meer ontwikkelingsgerichte diagnostiek, die geleidelijke overgangen tussen normaliteit en stoornis kan accommoderen en die sensitief is voor onderliggende etiologische en prognostische factoren (Beekman e.a. 2012; Hickie e.a. 2013). Stagering en profilering maken het mogelijk tot een beter persoons- en momentgebonden diagnose te komen en daar een behandelplan op te baseren vanuit ondersteunde besluitvorming (*supported decision making*).

Leefstijlinterventies

Patiënten met ernstige psychische aandoeningen hebben een verhoogd risico op somatische comorbiditeit en een hogere mortaliteit in vergelijking tot de algemene bevolking (Walker 2015). Zij leven gemiddeld 25 jaar korter. Het ontbreken van een gezonde levensstijl speelt hierin een belangrijke rol (roken, inactiviteit en ongezonde voeding), evenals een verhoogd risico voor obesitas, hypercholesterolemie, hypertensie en diabetes. Deenik e.a. (2020) wezen in het recente themanummer over leefstijl erop dat factoren die samenhangen met de psychische aandoening of hun behandeling, zoals gebrek aan initiatief, somberheid, bijwerkingen van medicatie, minder financiële middelen en stress, deels ten grondslag liggen aan een ongezondere leefstijl en zelfstandige verandering belemmeren.

Verskillende interventies gericht op gezonde voedingsgewoontes en beweging werden ontwikkeld voor klinische en ambulante patiënten (Stubbs 2018). De effectiviteit van deze interventies wordt vaak gemeten aan de hand van gewichtsverlies, buikomtrek, lipidewaarden, nuchtere glucosewaarde en levenskwaliteit. Door het gebruik van deze parameters zijn de effecten van deze interventies op korte termijn vaak beperkt, maar op middellange termijn zijn ze bewezen effectief voor de behandeling en preventie van chronische somatische aandoeningen. Professionele ondersteuning door een ggz-medewerker lijkt essentieel te zijn om de individuele motivatie en barrières van de patiënt te kennen (Destoop 2020). Daarnaast kunnen m-health en sociale media de motivatie bevorderen en instaan voor zelfmonitoring. Deze methoden kunnen de drempel voor patiënten verlagen. Een belangrijke leefstijlinterventie is begeleiden bij stoppen met roken. Uit een meta-analyse blijken de rookstopinterventies met bewezen effectiviteit in de algemene bevolking ook voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen effectief te zijn (Peckham 2017). De rookstopbegeleiding is van belang voor de behandeling en preventie van chronische aandoeningen zoals COPD, cardiovasculaire aandoeningen en kanker.

Zelfhulpgroepen: WRAP

Het Wellness Recovery Action Plan (WRAP) is ontwikkeld door mensen die psychische aandoeningen hebben doorgemaakt. Zij hebben geleerd wat aan hun welzijn bijdraagt en welke instrumenten zij kunnen inzetten om met negatieve gevoelens om te gaan en de kwaliteit van leven te bevorderen.

De oprichter van WRAP is Mary Ellen Copeland. Als kind zag ze hoe haar moeder kampte met ernstige psychiatrische problemen. Later belandde ze zelf ook in de psychiatrie. Haar behandelaars gaven haar geen hoop en schreven medicijnen voor ter bestrijding van symptomen. Copeland legde zich er niet bij neer en probeerde zelf weer controle over haar leven te krijgen. Samen met medepatiënten ontwikkelde ze de zelfhulpmethode WRAP en stichtte ze het Copeland Center. Haar onderzoek toonde aan dat deze methode bijdraagt aan herstel en stabiliteit over langere periodes (Copeland 2008; Jonikas e.a. 2013).

WRAP is een van de best onderzochte interventies waarbij ervaringsdeskundigheid wordt ingezet. Inmiddels is dit een snel groeiend expertisedomein, waarbij ook de ervaring van alle professionals in de ggz wordt ingezet (Weerman 2019). We delen WRAP in ons artikel in als een instrument binnen de ggz gericht op de levensstructuur, maar de methode is echter ook gericht op vroegsignalering en wordt ook buiten de ggz toegepast. In die zin hadden we WRAP ook in de andere drie kwadranten kunnen opnemen. Het is daarmee een instrument dat goed past binnen een netwerkbenadering.

Gedeelde/ondersteunde besluitvorming

Voor een goede samenwerking tussen professional en patiënt is gedeelde besluitvorming (*shared decision making*; SDM) het uitgangspunt. Psychiater en patiënt brengen beiden hun eigen deskundigheid in, het gaat om een ontmoeting tussen twee experts. De deskundigheid van de psychiater betreft competenties in diagnostiek en behandelmogelijkheden, die van de patiënt betreft het zicht op eigen mogelijkheden en voorkeuren. Bij voorkeur is er nog een derde partij die toegevoegde deskundigheid heeft: de naastbetrokkenen. Door directe samenwerking met de patiënt kunnen zij het zicht op de problemen verbreden en nuanceren en een steun zijn bij de behandeling.

SDM brengt de perspectieven van de hulpverlener, de patiënt en eventueel de naastbetrokkenen samen in een door twee/drie partijen erkende probleemformulering en gedragen voorstel voor behandeling. SDM is nog vooral een ethische grondslag van behandeling, met beperkte evidentie van effectiviteit (Shay & Lafata 2015). Vanuit het mensenrechtenperspectief wordt dit begrip ook bekritiseerd met de suggestie het te vervangen door ondersteunde besluitvorming (*supported decision making*) om te onderstrepen dat besluiten over behan-

deling in eerste en laatste instantie door de patiënt zelf worden genomen (Pathare & Shields 2012).

Hoewel de evidentie nog beperkt is, blijkt SDM het persoonlijk herstel te bevorderen, leidt ze tot een positievere attitude tegenover medicatie, verbetert ze de therapietrouw en de kennis over de aandoening en behandeling, voelt patiënt zich meer betrokken bij de beslissingen over de behandeling en verhoogt ze de voldoening van de patiënt (Vitger 2019). SDM zou op deze manier langdurige on(der)behandeling of zelfs zorgmijding van de patiënt kunnen tegengaan, wat het risico op chroniciteit van psychische symptomen vermindert.

Muziek en bewegen

Negatieve symptomen vormen een belangrijk deel van chroniciteit. Adequate behandeling zou belangrijke vooruitgang betekenen voor de kwaliteit van leven en deelname aan de samenleving. In een meta-analyse bleken muziektherapie en lichaamsbeweging nuttig te zijn (Veerman e.a. 2017). Deze interventies kan men zorgvuldig overwegen in SDM en vanaf het begin van de behandeling inzetten, bij voorkeur in vormen van communitysport (Marlier e.a. 2015) en communitykunst (Van Lith 2016).

Kwadrant 2: interventies op levensstructuur buiten ggz

Ggz-organisaties dienen om chroniciteit te voorkomen deel te worden van een breder *community mental health* netwerk (Knifton 2013; Keet e.a. 2019). Ook zijn hybride vormen nodig voor het gebied tussen wel of niet behandelen in de specialistische ggz. De hier beschreven interventies zijn ontwikkeld binnen de ggz, maar liggen qua uitvoer juist daarbuiten. De gewenste situatie is een integratie van interventies binnen en buiten de ggz. Dat vraagt om een nieuwe reeks aan interventies die zich bevinden op het grensvlak van ggz en de sectoren daarbuiten. Naast het bestrijden van een ziekte komen dan vragen naar voren zoals wat het 'probleem in stand houdend interactiepatroon' is (PIHIP): <http://www.rede-signingpsychiatry.org/>.

Eerste hulp bij psychische problemen

Bij vroegsignalering en voor terugvalpreventie is voorlichting in de wijk belangrijk voor het vergroten van de kennis over psychische klachten. Een voorbeeld hiervan is de cursus eerste hulp bij psychische problemen (*Mental Health First Aid*; MHFA). Hierin leren burgers het toepassen van vaardigheden om psychische klachten bij anderen vroeg te herkennen en te weten wat je dan het beste kunt doen. MHFA Nederland verzorgt cursussen aan een grote verscheidenheid van doelgroepen om eerste hulp te kunnen geven aan mensen met ernstige en/of acute psychische klachten. MHFA is in 2000 in Australië ontwikkeld. Het is een succesvolle cursus die inmiddels al in 23 landen door vele deelnemers is gevolgd en hooggewaardeerd wordt.

Het model is gebaseerd op uitgebreid wetenschappelijk onderzoek en betrokkenheid van een groot aantal ervaringsdeskundigen. MHFA vergroot de kennis van de deelnemers over psychische gezondheid, vermindert negatieve attitudes en vergroot hulpgedrag jegens mensen met psychische gezondheidsproblemen (Hadlaczky e.a. 2014).

Huisvesting

Het Housing First-model biedt snelle huisvesting, niet afhankelijk van voorafgaande training of voorwaarden zoals onthouding van middelengebruik. Deze interventie is geassocieerd met meer en langerdurende huisvesting, minder bezoeken aan spoedeisendehulpafdelingen en minder ziekenhuisopnames. Housing First verbetert met succes de huisvestingsstabiliteit en de gezondheid (Baxter e.a. 2019).

Alcohol- en drugspreventie

Alcoholgebruik is een bekende risicofactor voor psychiatrische aandoeningen (psychose en depressie) en er is bij patiënten vaak comorbiditeit met stoornissen in alcoholgebruik (WHO mental health action plan 2013-2020). Uitgebreid onderzoek toont ook aan dat alcoholintoxicatie een negatief effect heeft op dysforie, cognitief functioneren, impulsiviteit en suïcide-ideatie in de algemene bevolking en ook specifiek bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen (WHO Global status report on alcohol and health 2018).

Om het alcoholgebruik te minderen bevelen de WHO en Vlaamse Vereniging voor Alcohol en Drugs (VAD) een alcoholplan aan met 3 maatregelen ('best buys'): prijsverhoging, verbod of beperking van reclame, en beperking van het aanbod. Daarnaast moet er extra ingezet worden op preventie, om zo het maatschappelijk draagvlak voor deze maatregelen te vergroten. Ten slotte is een toegankelijk hulpverleningsaanbod nodig voor mensen met een alcoholprobleem.

Op het gebied van preventie kan men verschillende sectoren aanspreken: onderwijs, bedrijven, jeugdwerk, sociaal-cultureel werk, uitgaansleven, sportsector, gezondheidssector, welzijnssector, politie en justitie en de gemeente. Om jongeren en volwassenen op systematische wijze te bereiken werken organisaties in alle maatschappelijke sectoren een preventief alcohol- en drugbeleid uit als een geïntegreerd onderdeel van hun eigen aanbod. In tegenstelling tot ad hoc reageren op een situatie biedt een alcohol- en drugsbeleid een model voor een aanpak op lange termijn.

Een preventief alcohol- en drugsbeleid is een samenhangend geheel van verschillende maatregelen en steunt op vier pijlers die niet los staan van elkaar, maar op elkaar zijn afgestemd. De pijlers omvatten: regelgeving; voorlichting en vorming; interventie of aanpak; structurele maatregelen. In de mate waarin de verschillende pijlers evenredig aan bod komen, zal het succes van het beleid toenemen (<https://www.vad.be/artikels/detail/>

een-preventief-alcohol--en-drugbeleid-binnen-organisaties-in-verschillende-sectoren)

Mentale gymnastiek

Cognitieve beperkingen komen voor bij de meeste psychiatrische aandoeningen zoals schizofrenie, bipolaire stoornis, depressieve stoornis, ADHD, post-traumatische stressstoornis, obsessieve-compulsieve stoornis en anorexia nervosa. Cognitieve symptomen zijn gecorreleerd met verminderde levenskwaliteit en verminderd sociaal en beroepsmatig functioneren. Cognitieve trainingsprogramma's zoals PSSCo-gRehab2012, Cogpack, Cogmed en Lumosity voorzien in oefeningen op maat van de patiënt en trainen op één of meer cognitieve domeinen, afhankelijk van de individuele behandeldoelen. Uit een recent review blijkt dat deze programma's het beroepsmatig en sociaal functioneren verbeteren met een effectgrootte van 0,18 tot 0,51. Uit een meta-analyse bij schizofrenie blijkt bovendien dat de arbeidsdeelname stijgt met 20%, dat het aantal gewerkte dagen per jaar toeneemt met 19,5 en dat het jaarlijkse inkomen stijgt met \$ 959,-. Cognitieve remediatie zou dus een belangrijke interventie kunnen zijn ter bevordering van de maatschappelijke re-integratie van patiënten met ernstige psychische aandoeningen (Kim e.a. 2018).

Kwadrant 3: vroegsignalering en -interventie binnen ggz

Vroegsignalering en -behandeling

Nieuwe inzichten in het zo vroeg mogelijk opsporen, diagnosticeren en behandelen van psychische problemen kunnen verandering brengen in het beloop en daarmee chroniciteit voorkómen. Voorbeelden hiervan zijn het vroeg opsporen en behandelen van psychose (Van der Gaag e.a. 2013; Nieman 2017). Deze goed beschreven methode leidt tot een risicoreductie van het ontstaan van een psychotische stoornis met 36% na 24-48 maanden follow-up. De follow-up van 4 jaar toonde dat de methode ook kostenbesparend was (Van Der Gaag & Staring 2019).

Voor kinderen bij wie men voor het eerst autisme vermoedt, is aanzienlijke vooruitgang geboekt bij het karakteriseren van vroege ontwikkelingstrajecten en de identificatie van specifieke gedragsmarkers. Deze moet nog wel worden vertaald naar de klinische praktijk (Sacrey e.a. 2015).

Bij bipolaire stoornis is er, gezien de grote impact op de samenleving, dringend behoefte aan de ontwikkeling van strategieën voor vroege interventie die gericht zijn op eerdere detectie en meer specifieke behandeling van de vroege fase van de aandoening (Conus e.a. 2014). Bij het vroeg signaleren van persoonlijkheidsstoornissen wordt gewezen op de samenhang met stemminggerelateerde psychische aandoeningen. Deze komen vaak samen voor, kunnen elkaar versterken en kunnen

moelijk klinisch te onderscheiden zijn (Chanen e.a. 2016). Deze aanpak past goed bij een transdiagnostische benadering (Heycop Ten Dam e.a. 2014).

Samenwerken met familie

Familie-interventies zijn zeer effectief gebleken bij de behandeling van psychotische stoornissen. Meta-analyses tonen dat deze het terugvalpercentage met 50-60% verlagen. In de eerste episode en bij groepen met een hoog risico zien wij een substantiële terugkeer van het functioneren en het helemaal vermijden van psychose (McFarlane 2016). Deze positieve uitkomsten contrasteren met de beperkte inzet van deze interventies. Een veelbelovende toepassing van deze aanpak is die van de *resource*groep, waarbij de patiënt zelf een team kiest van naasten om aan zijn of haar herstel te werken (Tjaden e.a. 2019).

Somatische screening

De gezondheidsproblemen die bijdragen aan de 20 tot 25 jaar lagere levensverwachting bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen zijn cardiovasculaire aandoeningen, respiratoire aandoeningen, infecties, endocriene stoornissen en bepaalde vormen van kanker (De Hert 2011). Bepaalde symptomen of cognitieve stijlen bij de patiënt kunnen adequaat gezondheidsgedrag in de weg staan en vaak hebben hulpverleners er onvoldoende vertrouwen in dat ze wezenlijk kunnen bijdragen tot een betere lichamelijke gezondheid van de patiënt. Dit alles leidt ertoe dat somatische screening, diagnostiek en behandeling niet of te laat op gang komen.

Reeds verschillende richtlijnen voor somatische screening bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen werden uitgewerkt en daarin adviseert men het screenen op metabole parameters zoals hypertensie, hyperglykemie en overgewicht, zodat men deze kan behandelen als ze zich voordoen (wetenschappelijk onderbouwing bij de multidisciplinaire richtlijn somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening; Meeuwissen e.a. 2015). Toch blijkt uit de literatuur in de algemene bevolking dat het voorkómen van obesitas en metabool syndroom effectiever is dan het omkeren van de gevolgen. Leefstijlinterventies dienen we dus in te zetten voor er belangrijke metabole veranderingen worden gemeten. Zo wordt aanbevolen alle patiënten die starten met een antipsychoticum te screenen op het ontstaan van metabool syndroom en cardiovasculaire aandoeningen (Naarding & Beers 2015).

Headspace en antistigma-interventies

Over het algemeen beginnen de meeste psychische aandoeningen op adolescentie of jongvolwassen leeftijd. Dit contrasteert met de geringe neiging van deze groep om hulp bij de reguliere ggz te zoeken. Om hier toch in te voorzien zijn voorzieningen nodig met een lage mate van stigma. De centra van Headspace (In Nederland @ease) zijn hier goede voorbeelden van (Rickwood e.a.

2014). Cattoor e.a. (2020) publiceerden onlangs een overzicht van andere interventies binnen en buiten de ggz om stigma van ernstige psychische aandoeningen tegen te gaan.

Complete en herhaalde diagnostiek

Het classificeren van aandoeningen volgens de DSM of ICD heeft de tekortkoming dat deze draait om volledig uitgekristalliseerde beelden, iets wat je juist wilt voorkómen. Daarom is het raadzaam de classificatie bij langer lopende en/of stagnerende behandelingen bij herhaling tegen het licht te houden en waar nodig te herzien, zoals uitgevoerd bij GGNET (Timmermans 2018). In de veldraadpleging over het voorkómen van chroniciteit bij patiënten in de ggz benadrukken vrijwel alle experts het belang van completere diagnostiek en de vroege behandeling van comorbiditeit. Juist bij complexe problemen is het van belang de diagnostiek regelmatig te herhalen en ook te verbreden naar alle relevante levensgebieden (Couwenbergh e.a. 2020). Daarnaast is het zaak een meer narratief diagnostiek proces aan te gaan, waarbij diagnostiek wordt tot een proces van samen begrijpen wat er aan de hand is. Een handleiding voor deze persoonlijke diagnostiek is beschreven (van Os 2014). Bij GGZ Noord-Holland-Noord is deze methode uitgewerkt tot een herstel-ondersteunende intake, waarbij het behandelplan vanaf het begin is gebaseerd op de krachten, doelen en talenten van de patiënt.

Kwadrant 4: Vroegsignalering en -interventie buiten ggz

Vroegsignalering in de gemeenschap vraagt om een netwerksamenwerking van de ggz met partijen als gemeente, politie, woningbouwverenigingen, scholen, welzijnswerk en anderen. De ondersteuning van de ggz aan dit netwerk kan zijn: kennis, training en inspiratie. Dit vraagt om een responsieve ggz die bijdraagt aan een gatekeeperbenadering, in de vorm van training van mensen die door hun functie veel in contact komen met andere burgers, bijvoorbeeld bij universiteiten en andere opleidingen (Lipson e.a. 2014; Kuhlman e.a. 2017) en de politie (Lamb e.a. 2002). Hetzelfde geldt ook voor beroepen als kappers en horecapersoneel, al konden wij daar geen evidentie over vinden. De gatekeeperbenadering vergt van de ggz deel te worden van een regionaal community mental health-netwerk. Een voorbeeld van zo'n netwerk is het Pact Woonzorg Heerhugowaard waarbij zorg- en hulpverleningsinstellingen samen met woningcorporaties en gemeenten in regio Alkmaar afgesproken hebben om in de komende jaren 200 woningen beschikbaar te stellen voor cliënten.

Doel is om mensen met begeleiding sneller door te kunnen laten stromen naar een zelfstandig bestaan (<https://www.heerhugowaardcentraal.nl/nieuws/60047443-pact-woonzorg-ondertekend-200-woningen-in-regio-voor-beschermd-wonen>). Een vergelijkbaar

project in Vlaanderen is de versnelde toewijzing naar sociale huisvesting vanuit alle ggz-partners uit het SARA-netwerk waarbij er jaarlijks 23 woningen worden voorzien voor dakloze patiënten met ggz-problematiek: <https://www.netwerksara.be/versnelde-toewijzing-naar-sociale-huisvesting/>.

CONCLUSIE

Het voorkómen van chroniciteit door interventies gericht op de levensstructuur en op vroegsignalering en -interventie vereist een integrale sectoroverstijgende aanpak binnen en buiten de ggz. Veel interventies zijn beschikbaar, maar worden onvoldoende of met weinig samenhang ingezet.

Binnen de ggz valt veel te winnen door diagnostiek die de krachten, doelen en talenten van een patiënt in kaart brengt als basis van een proces van samen keuzes maken. Wij pleiten daarbij ook voor diagnostiek die bijdraagt aan staging en profilering. Diagnostiek omvat naast symptomen ook het functioneren, waarbij de ICF een nuttig instrument is. Bij langer durende en zeker bij stagnerende behandeling is het zaak bij herhaling met een frisse blik te kijken naar de diagnose, en deze blik niet te beperken tot de DSM-classificatie. Inzet van ervaringsdeskundigheid helpt bij dit proces. Vroegsignalering en -behandeling verdienen een vaste plek in het aanbod van de ggz. Deze zijn het beste uitgewerkt voor psychose, en is in ontwikkeling voor andere diagnosegroepen. Bij vroegsignalering is het ook zaak de gezondheid transdiagnostisch te benaderen. Een goede evaluatie met de methoden van implementatieonderzoek helpt bij deze ontwikkeling (Aarons e.a. 2012). Daarnaast is het van belang bewezen effectieve interventies als IPS breed te organiseren en organisatorische en financiële belemmeringen te overwinnen. Interventies uit de leefstijlgeneskunde kunnen verder bijdragen aan een ggz die het bevorderen van gezondheid en niet enkel het bestrijden van aandoeningen als haar missie beschouwt (Hoenders e.a. 2020).

Waar het gaat om interventies buiten de ggz dient zich allereerst de vraag aan wat de rol van de ggz hierin is. Wij pleiten hier voor de ggz als een actieve partner in een breder maatschappelijk netwerk, kennisdrager van sociale determinanten, inspirator en trainer. Bij GGZ Noord-Holland-Noord zijn bijvoorbeeld deze rollen ondergebracht bij een academie, de FIT-academy (van 'flexibel, innovatief en topambulant': <https://www.ggz-nhn.nl/FIT-academy>, 'Over de FIT-academy'). Voorbeelden van deze rol die wij in dit artikel uitwerken, zijn eerste hulp bij psychische problemen, Housing First, alcoholpreventie en mentale gymnastiek. Bij vroegsignalering in de gemeenschap pleiten wij voor een gatekeeperbenadering waarbij aan mensen die in hun werk veel in contact komen met andere burgers tekenen van psychisch disfunctioneren kunnen vast-

stellen én een responsieve ggz treffen waar zij met hun bevindingen terecht kunnen.

Vorkómen van chroniciteit vraagt om een brede aanpak en een netwerksamenwerking van ggz met patiënt, informeel netwerk en gemeenschapsvoorzieningen. Er zijn internationaal al meerdere voorbeelden van projecten in steden en landelijke gebieden waar de lokale ggz een netwerksamenwerking vormt met gemeente en andere maatschappelijke voorzieningen (<https://www.iimhl.com/icircle-about-us>) (Perkins e.a. 2019).

Een voorbeeld hiervan in Nederland is Thrive Amsterdam (<https://thriveamsterdam.nl>). De kracht van Thrive is dat het geen nieuwe interventie is, maar juist zorgt voor samenhang. Zo wordt geestelijke gezondheid een zaak van iedereen waarbij deelname van de overheid, sociale instellingen, gemeenschap en dienstverleners is vereist (Carod-Artal 2017).



Albert Blom, Marco Bottelier en Ardan Miedema leverden een bijdrage aan dit manuscript.

LITERATUUR

- Aarons GA, Glisson C, Green PD, Hoagwood KH, Kelleher KJ, Landsverk JA. The organizational social context of mental health services and clinician attitudes toward evidence-based practice: a United States national study. *Implementation Sci* 2012; 7: 56.
- Van Amelsvoort TAMJ. De kloof overbruggen. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 638-9.
- Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making*. 2015; 35: 114-31.
- Baxter AJ, Tweed EJ, Katikireddi SV, Thomson H. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Epidemiol Community Health* 2019; 73: 379-87.
- Beekman ATF, van Os J, van Marle HJ, van Harten PN. Staging en profilering van psychiatrische stoornissen. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 915-20.
- Brouwers EPM, Mathijssen J, Van Bortel T, Knifton L, Wahlbeck K, Van Audenhove C, e. a. Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: A cross-sectional study in 35 countries. *BMJ Open* 2015, doi: 10.1136/bmjopen-2015-009961.
- Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, e.a. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 1146-52.
- Carod-Artal FJ. Social determinants of mental health. In: Bährer-Kohler S, Carod-Artal F, red. *Global mental health*. Springer; 2017.
- Chanen AM, Berk M, Thompson K. Integrating early intervention for borderline personality disorder and mood disorders. *Harv Rev Psychiatry* 2016; 24: 330-41.
- Conus P, Macneil C, McGorry PD. Public health significance of bipolar disorder: implications for early intervention and prevention. *Bipolar Disord* 2014; 16: 548-56.
- Copeland ME. Wellness Recovery Action Plan. *Occup Ther Ment Health* 2008; 17: 127-50.

- Deenik J, Vermeulen JM, Mocking RJT, Van Assche E, Cahn W. Leefstijl als medicijn in de psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 920-2.
- Destoop M. Hoe gezonde levensjaren winnen. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 7: 510-2.
- Dudley R, Nicholson M, Stott P, Spoors G. Improving vocational outcomes of service users in an Early Intervention in Psychosis service. *Early Interv Psychiatry* 2014; 8: 98-102.
- Fioritti A, Burns T, Hilarion P, van Weeghel J, Cappa C, Sunol R, e.a. Individual placement and support in Europe. *Psychiatr Rehabil J* 2014; 37: 123-8.
- van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, French P, Linszen DH, Yung AR, e.a. Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophr Res* 2013; 149: 56-62.
- Van Der Gaag M, Staring T, red. *Handboek psychose*. Amsterdam: Boom; 2019.
- Hadlaczy G, Hökby S, Mkrtchian A, Carli V, Wasserman D. Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 2014; 26: 467-75.
- Heycop Ten Dam B, Hulsbergen M, Bohlmeier E. *Transdiagnostische factoren: Theorie & praktijk*. Amsterdam: Boom; 2014.
- Hickie IB, Scott EM, Hermens DF, Naismith SL, Guastella AJ, Kaur M, ea. Applying clinical staging to young people who present for mental health care. *Early Interv Psychiatry* 2013; 7: 31-43.
- Hoenders R, Hoenders R, Steffek E, Eendebak M, Castelein S. Psychische stoornissen. In: *Handboek leefstijlgenesekunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020.
- Jonikas JA, Grey DD, Copeland ME, Razzano LA, Hamilton MM, Floyd CB, e.a. Improving propensity for patient self-advocacy through wellness recovery action planning: results of a randomized controlled trial. *Community Ment Health J* 2013; 49: 260-9.
- Keet R, de Vetten-Mc Mahon M, Shields-Zeeman L, Ruud T, van Weeghel J, Bahler M, e.a. Recovery for all in the community; Position paper on principles and key elements of community-based mental health care. *BMC Psychiatry* 2010; 19: 174.
- Knifton L, red. *Public Mental Health*. Open University Press; 2013.
- Kuhlman STW, Walch SE, Bauer KN, Glenn AD. Intention to enact and enactment of gatekeeper behaviors for suicide prevention: an application of the theory of planned behavior. *Prev Sci* 2017; 18: 704-15.
- Lamb HR, Weinberger LE, DeCuir WJ Jr. The police and mental health. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 1266-71.
- Lipson SK, Speer N, Brunwasser S, Hahn E, Eisenberg D. Gatekeeper training and access to mental health care at universities and colleges. *J Adolesc Health* 2014; 55: 612-9.
- van Lith T. Art therapy in mental health: a systematic review of approaches and practices. *Arts in Psychotherapy* 2016; 47: 9-22.
- Marlier M, Van Dyck D, Cardon G, De Bourdeaudhuij I, Babiak K, Willem A. Interrelation of sport participation, physical activity, social capital and mental health in disadvantaged communities: A SEM-analysis. *PLoS One* 2015; 10(10).
- McFarlane WR. Family interventions for schizophrenia and the psychoses: a review. *Fam Process* 2016; 55: 460-82.
- Meeuwissen JAC, Meijel B van, Piere M van, Bak M, Bakkenes M, Kellen D van der, e.a. *Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening*. Utrecht: V&VN; 2015.
- Metcalfe JD, Drake RE, Bond GR. Economic, labor, and regulatory moderators of the effect of individual placement and support among people with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2018; 44: 22-31.
- Naarding P, Beers E. *Molemans praktische psychofarmacologie*. Houten: Prelum; 2015.
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre. *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem; 2001.
- Nieman D. *Prevention*. Londen: Routledge; 2017.
- van Os J. De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz. Leusden: Diagnosis; 2015.
- Pathare S, Shields L S. Supported decision-making for persons with mental illness: a review. *Public Health Rev* 2012; 34: 15.
- Perkins D, Farmer J, Salvador-Carulla L, Dalton H, Luscombe G. The Orange Declaration on rural and remote mental health. *Aust J Rural Health* 2019; 27: 374-9.
- Rickwood DJ, Telford NR, Parker AG, Tanti CJ, McGorry PD. Headspace – Australia's innovation in youth mental health: who are the clients and why are they presenting? *Med J Aust* 2014; 200: 108-11.
- Sacrey LA, Bennett JA, Zwaigenbaum L. Early infant development and intervention for autism spectrum disorder. *J Child Neurol* 2015; 30: 1921-9.
- Van der Stel J. *Vroeger is beter*. Amsterdam: Boom; 2019.
- Timmermans M. Stop het defaultisme rond chronische patiënten. *De Psychiater* 2018; 25 (5): 10-2.
- Tjaden CD, Mulder CL, van Weeghel J, Delespaul P, Keet R, Castelein S, e.a. The resource group method in severe mental illness: study protocol for a randomized controlled trial and a qualitative multiple case study. *Int J Ment Health Syst* 2019; 13: 15.
- Veerman SRT, Schulte PFJ, de Haan L. Treatment for negative symptoms in schizophrenia: a comprehensive review. *Drugs* 2017; 77: 1423-59.
- van Weeghel J, van Audenhove C, Colucci M, Garanis-Papadatos T, Liégeois A, McCulloch A, e.a. The components of good community care for people with severe mental illnesses: views of stakeholders in five European countries. *Psychiatr Rehabil J* 2005; 28: 274-81.
- van Weeghel J, Michon, H. *IPS werkt! Handboek werken en leren met Individuele Plaatsing en Steun*. Bussum: Coutinho; 2017.
- Weerman A. *Professioneel inzetten van ervaringsdeskundigheid*. Amsterdam: Boom; 2019.